

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ošetrovatelství v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči



Bc. Věra Blahníková

Sociální opora a její vliv na depersonalizaci, pracovní spokojenost a prožívaný zdravotní stav u sester na intenzivní péči

Social support and its influence on depersonalization, job satisfaction and subjectively experienced health condition of nurses on intensive care units

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimír Vavrda, Ph.D.

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 20. 05. 2015

Věra Blahníková

.....

Poděkování:

Tímto bych chtěla velice poděkovat vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Vladimírovi Vavrdovi, Ph.D., který byl při vedení mé práce velmi trpělivý a poskytoval mi cenné rady. Velké díky patří Bc. Martinovi Hajnému za jeho pomoc při statistickém zpracování. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům výzkumného šetření, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout a v neposlední řadě mé rodině a blízkým přátelům za jejich neocenitelnou podporu a pochopení.

Identifikační záznam

BLAHNÍKOVÁ, Věra. *Sociální opora a její vliv na depersonalizaci, pracovní spokojenost a prožívaný zdravotní stav u sester na intenzivní péči. [Social support and its influence on depersonalization, job satisfaction and subjectively experienced health condition of nurses on intensive care units]*. Praha, 2015. 78 s., 8 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství.

Vedoucí práce Mgr. Vladimír Vavrda, Ph.D.

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá sociální oporou, které se dostává sestrám na intenzivní péči ze strany spolupracovníků, rodiny, přátel a nadřízených a souvislostí s jejich pracovním uspokojením, depersonalizací a subjektivně prožívaným zdravotním stavem. Z převážně zahraničních výzkumů vyplývá, že sociální opora je pro zdravotní sestry a zdravotnické pracovníky obecně zásadní v souvislosti s mírou pocíťovaného stresu a jeho zvládáním a ovlivňuje kvalitu poskytované péče. Její nedostatek může přispívat k výskytu psychosomatických onemocnění jako bolest hlavy, zad, nohou a dalších komplikací. v rámci této práce je sledován především vliv sociální opory na depersonalizaci (jejíž projevy je citová tvrdost, apatie a nezájem o pacienty), na pracovní spokojenost sester a jejich subjektivně prožívaný zdravotní stav.

V rámci teoretické části jsou definovány a operacionalizovány základní pojmy. Jsou zde shrnuta dosavadní vědecká zjištění o tom, jak ovlivňuje sociální opora práci sester a jaký vliv může mít její míra a zdroje na další aspekty života sester na intenzivní péči. Rovněž jsou popsány nástroje a diagnostické metody pro měření jednotlivých proměnných.

V empirické části diplomové práce zkoumáme vztahy mezi proměnnými a za pomoci statistických metod ověřujeme stanovené hypotézy. Vztahy jsou prověřovány na základě korelačních analýz a analýz rozptylu ANOVA. Některé ze stanovených hypotéz se potvrdily a jiné nikoliv. Co je však nezpochybnitelné, je to, že jaké podpory se zdravotním sestrám na intenzivní péči dostává od přátel, rodiny, ale i kolegů a nadřízených, má na jejich pracovní život a fyzické i psychické zdraví významný vliv.

V závěru se kromě shrnutí výsledků z výzkumné části práce pokoušíme o návrhy implikace zjištění do praxe a poměrů na jednotkách intenzivní péče. Výsledky by měly pomoci zmapování a případnému navržení konkrétních kroků pro zvýšení míry sociální opory u sester.

Klíčová slova: Sociální opora, depersonalizace, zdravotní stav, pracovní uspokojení, pracovní spokojenost, zdravotní sestra, intenzivní péče.

ABSTRACT

This thesis will deal with social support perceived by intensive care unit nurses (from colleagues, family, friends and superiors) and its impact on job satisfaction, depersonalization and subjectively experienced health condition. Foreign research suggests that social support has crucial effect on amount of perceived stress, coping and quality of provided health care. Lack of support can also contribute to the development of psychosomatic diseases like headache, back pain and others. Main attention will be paid to the influence of social support on depersonalization (emotional hardness, apathy towards the patient), job satisfaction and intensive care nurses subjectively experienced health condition. Basic concepts, terms, constructs and variables will be defined in the theoretical part of this thesis. Current scientific findings about effects of social support on work and various aspects of intensive care nurses' lives will be summarized. Diagnostic methods and test used by author of this thesis will be also described.

In the empirical part of the thesis, author will examine relationships between variables and will test hypothesis using statistical methods, mainly correlation analysis and ANOVA test. Some of the hypotheses were confirmed and others were not. However what is indisputable is the fact that social support received from friends, family, colleagues and superiors as well has significant effect on nurses work life and physical and mental health.

In conclusion, besides summarizing the research results, author will try to propose implications of the findings into clinical practice of intensive care units. The results should help to identify specific steps to increase the level of social support received by intensive care nurses (for example group supervisions, team-buildings, psychotherapy).

Keywords: Social support, depersonalization, health condition, job satisfaction, nurse, nursing, intensive care.

OBSAH

1 Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
2 Sociální opora	9
2.1 Související teoretické kontexty.....	9
2.2 Pojem a definice	11
2.3 Hlavní funkce sociální opory.....	12
2.3.1 Sociální opora a zvládání stresu.....	12
2.3.2 Vztah sociální opory ke zdraví	13
2.3.3 Genderové souvislosti.....	15
2.4 Problematické aspekty sociální opory	15
2.5 Sociální opora v kontextu povolání zdravotní sestry.....	16
2.6 Nástroje a měření míry sociální opory	18
3 Depersonalizace	19
3.1 Typy depersonalizace	19
3.2 Depersonalizace v kontextu syndromu vyhoření.....	20
3.2.1 Symptomy syndromu vyhoření.....	20
3.2.2 Nejznámější definice syndromu vyhoření	21
4 Pracovní spokojenost	22
4.1 Pracovní spokojenost v kontextu výkonu zdravotnických profesí	22
4.2 Dělení pracovní spokojenosti	22
4.3 Nástin výzkumných poznatků	23
5 Prožívaný zdravotní stav	25
5.1 Vliv psychiky na zdravotní stav	25
5.2 Psychosomatická onemocnění.....	26
5.3 Prožívaný zdravotní stav v kontextu práce zdravotní sestry	28
6 Specifika práce sester na pracovištích intenzivní medicíny	29
6.1 Počátky intenzivní péče	29
6.2 Oddělení intenzivní péče	29

- 6.3 Fyzická a psychologická specifika práce sester na jednotkách intenzivní péče
32

EMPIRICKÁ ČÁST	34
7 Výzkumná otázka, hypotézy a popis designu	34
7.1 Výzkumná otázka	34
7.2 Hypotézy.....	34
7.3 Zkoumaný vzorek populace.....	35
7.4 Metody sběru dat	37
7.5 Použité metody	38
7.5.1 Sociální opora	38
7.5.2 Depersonalizace a pracovní spokojenost	38
7.5.3 Pociťovaný zdravotní stav	40
7.6 Průběh sběru dat	40
7.7 Vyhodnocení dat.....	41
7.8 Etika výzkumu	41
8 Výsledky	43
8.1 Deskriptivní statistiky podle jednotlivých testů	43
8.1.1 Sociální opora	43
8.1.2 Pociťovaný zdravotní stav	47
8.1.3 Pracovní spokojenost	50
8.1.4 Depersonalizace	52
8.2 Prověření hypotéz	53
8.3 Shrnutí výsledků	59
8.4 Limity designu	61
9 Diskuze a závěry	62
10 Seznam použité literatury.....	67
Seznam příloh.....	79

1 Úvod

Každý člověk je v neustálé interakci s ostatními lidmi. Vztahy s rodinou, přáteli, s kolegy v práci a i širší sociální komunitou jsou pro nás nesmírně důležité. Pokud nejsou uspokojující, mají negativní vliv na celkové prožívání, a jak i mnohé studie prokázaly, psychické i fyzické zdraví. Blízké ale i vzdálené okolí poskytuje člověku sociální oporu v jeho životě. Pod pojmem sociální opora si lze představit pomoc jednoho člověka druhému. Přesto, že se pojem sociální opora nevyskytuje v literatuře dlouho, je nyní jednou z nejvíce studovaných oblastí na poli psychologie zdraví. V oblasti fyzického zdraví byl mnoha studiemi prokázán pozitivní účinek sociální opory na choroby imunitního, endokrinního a kardiovaskulárního systému a průběh uzdravování. Co se týče psychického zdraví, byl prokázán vliv sociální opory jako protektivní faktor deprese, posttraumatické stresové poruchy, úzkosti, abúzu drog a alkoholu, poruch příjmu potravy, dystymie, sociální fobie a dalších.

Zdravotní sestra je společností vnímána jako osoba, která druhým pomáhá a přináší jim pocit úlevy. Společnost od ní očekává a často to očekává i ona sama od sebe, že bude schopná, klidná, na 100 procent výkonná, nechybující, laskavá, vzdělaná a bude oporou pacientům, nápomocná kolegům a vždy při ruce lékařům. Sestry ze svého povolání čerpají hluboké uspokojení a ve většině případech by své povolání za jiné nevyměnily. Stručně řečeno, kdo hodně dává, potřebuje ale i hodně dostávat. Pokud se tato rovnováha reciprocity vychýlí, jsou i zdravotní sestry ohroženy pocitem únavy, vyčerpání a odcizení, zažívají pocity neuspokojení a nedocení, přestávají vidět ve své práci smysl a trpí různými fyzickými obtížemi. Práce sestry na jednotkách intenzivní péče je velmi psychicky i fyzicky náročná. Sestra musí být vysoce kvalifikovaná, neustále se vzdělávat ve svém oboru a učit se nové techniky a metody zlepšující její ošetrovatelskou péči. Denní práce s lidmi, kteří jsou v přímém ohrožení života a komunikace s nimi i s jejich příbuznými je velkou emoční zátěží na jejich psychický stav. Zároveň manipulace s lidmi a břemena, noční směny a hektické pracovní tempo se může negativně projevit na jejich fyzickém stavu. Je proto velmi důležité hledat zdroje, které mohou tyto negativní vlivy odvrátit.

Význam sociální opory může být ilustrován příběhem geniálního matematika, laureáta Nobelovy ceny za ekonomii Johna Nashe, který mnozí známe z filmu Čistá duše. Jeho slibně se rozvíjející akademickou kariéru na téměř třicet let ovlivnila jeho duševní choroba paranoidní schizofrenie (začala přesvědčením, že s ním skrze články v New York Times komunikují obyvatelé jiných galaxií). Přestože jeho nemoc těžce poznamenala vztahy s druhými lidmi a více než deset let byl často hospitalizován v různých psychiatrických zařízeních, vedení princetonské fakulty matematiky mu povolilo využívat své prostředky

pro jeho výzkum a jeho manželka Alice ho v práci podporovala. To že se pohyboval v komunitě, která dokázala tolerovat výstřednost tohoto „fantóma z Finehall“, jak ho žertem, ale i s určitým respektem nazývali studenti, mu umožnilo pokračovat v práci a dosáhnout významných vědeckých objevů (kromě ekonomie také v oblasti teorie her a diferencování geometrie). Zdá se, že podpora komunity byla nejvýznamnějším faktorem, který vedl k tomu, že dokázal projevy své duševní choroby zvládnout.

Cílem diplomové práce je zmapovat, jak vysoká míra sociální opory se sestrám dostává, z jakých zdrojů zdravotní sestry sociální oporu čerpají (například zda více od rodiny, přátel, kolegů či nadřízených). Dále chceme ve výzkumné části diplomové práce zjistit, jak míra sociální opory souvisí s pocitem pracovní spokojenosti, subjektivním prožíváním vlastního pocitu zdraví a pocitu wellbeingu a zda snižuje míru depersonalizace.

Doufáme, že získané poznatky by mohly být zúročeny v každodenní praxi na odděleních intenzivní péče.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Sociální opora

Když zvažujeme faktory, které hrají roli v dlouhodobém procesu zvládání náročného zaměstnání v intenzivní medicíně, nemůžeme se nevěnovat pojmu sociální opora (social support). Její dostupnost a kvalita sehraávají významnou roli v předcházení vzniku chronických, ale i akutních dopadů, které při vystavení vyšší hladině stresu hrozí. V laickém pojetí se obvykle pod takovou oporou či podporou myslí jedna z funkcí celkové kvality vztahů, ve kterých člověk žije - konkrétně vyjádření zájmu a podpora a pomoc, které může očekávat v reakci na extrémně náročné či dokonce traumatizující prožitky.

Sociální opora je tedy chápána jako jedna z proměnných, které se podílejí na zvládání zátěže. Jejich vzájemným vztahem se budeme zabývat v kapitole o funkcích sociální opory.

Sociální opora je multidimenzionální konstrukt, u kterého neznáme všechny jeho složky a jejich role související se stresem a nemocí. Vždy musíme zvažovat širší sociální kontext, ve kterém se tento proces děje. Vzhledem k tomu, jak velký význam při zvládání zátěže sociální opora má, chceme se jí věnovat podrobněji.

2.1 Související teoretické kontexty

Sociální opora se stala předmětem zaměřeného výzkumného úsilí až v sedmdesátých letech minulého století. Ale její vlastní psychologický mechanismus či sociální souvislosti (nehledě na jiné i například spirituální dimenze) byly přirozenými součástmi svébytných oborů či myšlenkových proudů již dlouho předtím a je tomu tak dodnes.

Význam vztahů a jejich zásadní funkce pro utváření osobnostních rysů dostatečně prokázala psychoanalýza a další navazující psychoterapeutické školy. Stejně tak i procesy, kterými se vztažnost podílí na emocionální a celkové psychické rovnováze. Proto nemůžeme vliv těchto teoretických i aplikovaných systémů nijak oddělovat od konstruktů sociální opory.

Z novějších psychoterapeutických myšlenek a teorií bychom rádi zmínili například teorii attachmentu (vztahové vazby), ve které se **John Bowlby** (2010) systematicky zabýval právě klíčovým významem kvality vztahu a to nejen v dětství, ale i různými druhy vztahové vazby, která pak na základě dětských zkušeností sehraává roli i pro utváření a udržování vztahů s druhými lidmi v dospělosti. Schopnost i neschopnost poskytovat

a přijímat adekvátní sociální oporu v tomto kontextu můžeme pak chápat v těchto souvislostech jako mnohem diferencovanější psychický jev.

„Ačkoli byl attachment popsán u dětí a je u nich nejsnáze pozorovatelný, můžeme jej pozorovat rovněž u dospělých, a to zejména v situaci ohrožení či jiné zátěže. I v dospělosti přetrvává intenzivní potřeba nonverbálního porozumění, porozumění, které je cítěno“ (Vavrda, 2005, p. 51).

V souvislosti s psychologickým mechanismem působení sociální opory stojí za zmínku pojem „containment“ (obsažení) koncept **Wilfreda Biona**, jehož ucelený popis by přesahoval rámec této práce. Zjednodušeně lze říci, že popsal vztahový mechanismus, který je v raném dětství klíčový a má své obdoby i v dospělosti. Dnes se často již v přeneseném významu používá pro situace, ve kterých jeden člověk potřebuje vyjádřit své těžko snesitelné nebo verbalizovatelné stavy tak, aby je druhý unesl, zvládl, obsáhl, tedy „kontejnoval“. To vede v optimálním nastavení obou ke zklidnění, zvládnutí a vlastnímu mentálnímu zpracování dané situace. Konkrétní problematickou situaci, kdy osoba necítí sociální oporu, můžeme mnohdy interpretovat tak, že se jí místo „kontejnování“ dostalo například pouze urychlené rady a řešení (Bion, 1952, podle Mitchell & Black, 1999).

Podobně inspirativní jsou teze **Donalda Winnicotta**. V této souvislosti máme na mysli jeho „holding environment“, tedy něco jako vztahové prostředí, ve kterém se dítě cítí „drženo“, má pocit bezpečí, ale může v něm i objevovat nové věci. I tento proces prošel v průběhu let rozšířením, které i když se možná vzdálilo značně původnímu obsahu, stejně může být velmi inspirativní nejen pro psychoterapii a sociální práci, ale i pro proces budování a kultivace sociální opory (Winnicott, 1960, podle Mitchell & Black, 1999).

V ryze psychologickém výzkumu byl protektivní význam sociální opory jedním z prvních faktorů, které byly popsány ve snaze zmapovat zdroje takzvaného "well-being", jinak také dobrého naladění, dobré mysli či štěstí. Studie tomu věnované se v tom vzácně shodují (Mirowsky & Ross, 1989; Thoits, 1992; Larson, 1993).

Rovněž studie týkající se známých základních dimenzí osobnosti Velká pětka (Big Five) popisují dvě, které úzce se sociální oporou souvisejí. Jedná se o faktor I - Extraverze (intenzita interpersonálních vztahů, pozitivní emocionalitu) a Faktor II (Agreeableness - shodu a příjemné prožívání v interpersonálních vztazích, stejně jako empatii) (Swickert, Hittner, & Foster, 2010).

2.2 Pojem a definice

Pojem sociální opora (social support) se v užším slova smyslu vyvíjí od sedmdesátých let spolu se snahami ji systematicky zkoumat. Tyto počátky jsou spojené hlavně se třemi jmény: Cassel (1976), Cobb (1976) a Caplan (1974). Mareš (Mareš et al., 2001) popisuje tento vývoj jako proces integrace, který zahrnoval množství empirických výzkumů sociální opory.

Vlastní fenomén sociální opory je úzce spojen s termínem sociální síť, která většinu z nás obklopuje. Pojem sociální síť označuje systém sociálních vazeb mezi lidmi. Jedním z prvních jej použil Barnes (1954) při výzkumu sociálního chování na populaci norského ostrova. Vycházel přitom z analýzy vazeb utvářejících se mezi členy této komunity. Schaefer, Coyne a Lazarus (1981) navrhli užívání pojmu „sociální síť“ pro výzkum prožitků, myšlenek a pocitů, souvisejících s naplňováním sociálních vztahu, realizovaných v rámci sítí.

Tardy (1985) sociální síť zvolil jako popis hlavního zdroje sociální opory, který zahrnuje další kategorie, díky kterým se sociální opora realizuje.

Sociální oporu můžeme chápat jako subjektivně vnímaný stav, ve kterém se nám dostává určitého zájmu či péče ze strany lidí, kteří jsou součástí sociální sítě, která nás obklopuje. Do této „opory“ se obvykle řadí několik skupiny zdrojů: *emocionální* (například péče, podpora a zájem druhého), dále *hmotné* (finanční výpomoc), *předání informací* a *pocit sounáležitosti* (Mareš et al., 2002).

Sociální opora přichází z různých částí systému vztahů, ve kterých se člověk nachází. Děje se v rodině, mezi přáteli, sousedy, spolupracovníky, i v zájmových klubech či odborných společnostech. Jde o fenomén, kterým se zabývá řada oborů (psychologie, sociologie, medicína i sociální práce), proto již jeho vymezení výstižnou definicí není jednoduché.

Ve snaze zmapovat celý fenomén sociální opory, začali jednotliví výzkumníci a výzkumné týmy třídit a popisovat pojem sociální opora do jisté míry nezávisle na jednotlivých oborech. Díky tomuto procesu se začaly vynořovat nové pojmy a koncepty. Objevují se tak pojmy jako *poskytovaná a přijímaná sociální opora*, *očekávaná opora*, *sociální začlenění* nebo *disponovatelnost sociální opory* (Křivohlavý, 2009).

Dnes již můžeme hovořit o ucelené teorii sociální opory. V té pak převládají dva pohledy (Baštecká et al., 2005):

- sociální opora jako obecný jev v běžných životních situacích,
- sociální opora jako interakce, která zahrnuje jedince, kteří procházejí určitým náročnými životními situacemi (stresovými, traumatickými).

K již tradičnímu chápání hlavních funkcí sociální opory patří nárazníkový efekt (buffering), který zpola metaforicky vystihuje určitý mechanismus jeho účinku (Bakal, 1992).

Pro potřeby naší práce se zaměříme především na ty aspekty sociální opory, které souvisejí se zvládáním stresu a celkovým dopadem stresu na psychický a fyzický stav člověka. K tomu se dobře hodí definice Křivohlavého: „Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nenachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje“ (Křivohlavý, 2009, p. 94).

Především chceme ale zdůraznit to, co vyplývá z mnoha různorodých textů a zdrojů. Sociální oporu nemůžeme chápat jako jednoduchý nástroj, metodu nebo univerzálně použitelnou formu pomoci. Spíš jde o proces dvou až vícestranné interakce potřeb těch, kteří sociální oporu potřebují a přijímají a těch, kteří ji poskytují. Stejně tak není možné ji (krom ryze výzkumných účelů) vydělovat z vlastního vztahu těchto konkrétních lidí, neboť sociální opora tvoří pouze jednu z jeho součástí (AbuAIRub, 2004; Baštecká et al., 2005; Křivohlavý, 2009).

2.3 Hlavní funkce sociální opory

Tato kapitola se zabývá vztahem sociální opory k zdravotnímu stavu, zvládání stresu a jejími genderovými specifiky.

2.3.1 Sociální opora a zvládání stresu

Podle Kohna lze zvládání zátěže definovat jako vědomé adaptování se na stresor. Jak běžné každodenní adaptování, tak zvládání závažné či traumatické zátěže (Kohn, 1996).

O systému sociální opory můžeme tedy uvažovat jako o určitém "nárazníku", který tlumí, mírní škodlivý či nadměrně silný efekt stresových událostí. Tento model fungování

("buffering") se uplatňuje především v situaci, kdy je člověk vystaven působení chronického stresu. Někteří výzkumníci popisují ještě model hlavního účinku, ve kterém má sociální opora protektivní účinek na zdravotní stav i tam, kde člověk není vystavován stresu (Bakal, 1992).

Nárazníkový model předpokládá, že sociální opora chrání jedince vůči negativním důsledkům stresu. Šolcová a Kebza (1999) uvádí přehled funkcí, kterými se sociální opora může pozitivně uplatnit ve vztahu mezi stresem a nemocí:

- v průběhu kognitivního hodnocení stresogenních nároků,
- výběrem a změnou strategií, které jedinec používá,
- posílením pocitu sebeúcty a sociální kompetence,
- tlumením zdraví poškozujících fyziologických procesů.

Většina autorů se shoduje ve výčtu hlavních funkcí sociální opory, například Mareš (2002) uvádí tyto:

- emocionální opora,
- instrumentální (nebo také hmotná) opora,
- informační opora,
- opora poskytovaná společnostmi (formální či institucionální).

Zajímavě k třídění přistupují Richman, Rosenfeld a Hardy (1993), kteří typy sociální opory třídí podle toho, jak je poskytována. Například tak jde o oporu nasloucháním, oporu emocionální, oporu spočívající v odborném potvrzení či ocenění apod.

2.3.2 Vztah sociální opory ke zdraví

Prožívání a zvládání stresu souvisí s osobnostními a sociálními zdroji daného jedince. Odolnost ve vyrovnávání se s psychologickými účinky stresu, stejně jako s jeho fyzickými či psychosomatickým dopady je ovlivňována mimo jiné oporou, kterou se člověku dostává od druhých osob (Schwarzer & Leppin, 1991).

Všeobecně se předpokládá a v některých výzkumných pracích potvrzuje, že lidé, kteří mohou čerpat ze sociálních vazeb, žijí déle a navíc jsou fyzicky i psychicky zdravější, než lidé, kteří tento zdroj nemají. Lidé s psychickými či somatickými problémy zvládají se sociální oporou své obtíže lépe nebo se z nich rychleji uzdravují (Berkman & Breslow, 1983; Cohen & Mc-Kay, 1984).

Lingard zmiňuje význam sociální opory jako protektivního faktoru procesu depersonalizace - například ve formě narůstajícího cynismu (Lingard & Francis, 2009).

Bakal (1992) shledává, že lidé, kteří setrvávají v manželství déle než ostatní a jejich manželství je harmonické a cítí v něm oporu, se těší lepšímu psychickému stavu i fyzickému zdraví.

Vliv sociální opory je významný především v životních oblastech, ve kterých dochází k chronické zátěži anebo tehdy, kdy se člověk dostane náhle do extrémní stresující či traumatické situace. Dlouhodobá zátěž může provázet například zaměstnání, kde je dotyčný vystaven ustavičnému stresu, práci pod tlakem, musí činit klíčová rozhodnutí, která mohou mít vážné důsledky. Vyvažující vliv sociální opory v blízkých rodinných nebo kolegiálních vztazích může tvořit ochrannou funkci před dopadem chronického stresu na zdravotní stav dotyčných pracovníků. Jiným příkladem dlouhodobé zátěže jsou chronická onemocnění (HIV, revmatická artritida, rakovina a mnoho jiných) případně se může jednat o problémy blízkých lidí s určitou problematikou (závislí na drogách či alkoholu, těžce nemocní). Sociální opora může být buď přirozeně dostupná v sociálních vztazích anebo institucionalizovaná a organizovaná (podpůrné skupiny, celé spolky zaměřené na komplexní podporu lidí trpících určitým onemocněním). Souvislost sociální opory a zdraví je nejčastěji vykládána v rámci dvou hlavních hypotéz. Jedná se o již dříve zmíněnou *teorii nárazníku* (buffering) a *teorii přímého efektu* (direct effects). Druhá z hypotéz tvrdí, že sociální opora je přínosná vlastně neustále, zatímco nárazníková hypotéza spočívá v tom, že je prospěšná především v obdobích poznamenaných stresem (Bakal, 1992).

Můžeme se setkat i s popisy, které dokládají pozitivní vliv sociální opory v případě mimořádných událostí, živelných katastrof, havárií a tak dále. Například Fleming, Baum, Gistriel a Gatchel (1982) prokázali, že právě sociální opora byla důležitým pozitivním faktorem, který předcházel vzniku a rozvoji psychosomatických chorob u obyvatel oblasti, v níž došlo k havárii jaderné elektrárny v Three Miles Island.

Podobně je sociální opora uváděna jako protektivní faktor v souvislosti se vznikem posttraumatické stresové poruchy u obětí katastrof a záchranářů působících při likvidaci katastrof (Shepherd & Hodgkinson 1990). Podobná data prezentoval Bartone u sociálních pracovníků pečujících o rodiny pozůstalých po obětech letecké katastrofy (Bartone, Ursano, Wright & Ingraham, 1989).

2.3.3 Genderové souvislosti

V otázce možné rozdílnosti v zacházení se sociální oporou mezi muži a ženami nejsou výzkumné studie jednoznačné. Běžný laický předpoklad by potvrzoval Argyle (1992), který tvrdí, že ženy vyhledávají intenzivněji úzké mezilidské vztahy. Jsou v nich více a důvěrnější než muži.

V jiné studii (Oxman, Berkman, Kasl, Freeman & Barret, 1992) sledovali výzkumníci dva tisíce lidí starších 65 let. Zjistili, že jsou to zvláště ženy, které jsou vnímavější k sociální opoře. Krom toho potvrdili, že lidé, kteří neměli důvěrné přátele, na tom byli zdravotně hůř.

Zajímavé jsou studie Cordese a Doughertyho, které uvádí genderově specifickou odlišnost ve schopnosti využívat nárazníkovou funkci sociální opory. Zatímco pro muže byla důležitá sociální opora vně zaměstnání a tým, pro ženy byla sociální opora extrémně významná právě v rámci pracoviště (Cordes & Dougherty, 1993).

2.4 Problematické aspekty sociální opory

Ačkoli se může z běžného pohledu jevit poskytovaná sociální opora jako jednoznačně pozitivní za každých okolností, komplexnější analýza či podrobnější zkušenost to nepotvrzují. Samotná interakce, i když častá či s velkým okruhem lidí, nemusí být ve svém dopadu na člověka pouze pozitivní.

Podrobněji o tom píše například Schwarzer a Leppin, (1991) Součástí jinak podpůrných vztahů, které umožňují sdílení například na pracovišti, může být vytvoření určité kultury „falešné“ komunikace, jakýsi stereotyp „dobrých vztahů“ (Cohen & Syme 1985), které neumožňují skutečně otevřenou komunikaci a přirozené řešení konfliktů.

Negativní reakce na sociální oporu popisuje v několika kategoriích například Thoits (1992):

To, že jedinec potřebuje pomoc, může vést k negativním reakcím - zejména tehdy, jestliže poskytovaná pomoc:

- je v rozporu s jeho představou o vlastní autonomii a sebevládě,
- ohrožuje jeho sebeúctu, sebedůvěru,
- je v rozporu se širokým chápáním toho, jak se má zachovat „správný“ muž či žena,

- znamená riziko sebe – znevážení, diskreditace,
- navozuje pocity bezmoci,
- neodpovídá potřebám jedince.

Následkem pak mohou být pocity viny, pocity méněcennosti, ztráty kompetence či závislosti. Krause (1997) vychází z toho, že část osob se snaží s těžkostmi vyrovnat nejdříve bez pomoci druhých. O pomoc požádají až poté, co se dané těžkosti, starosti nebo konkrétní dopady nedaří zvládnout nebo vyřešit. Normativní, nadměrné či intrusivní formy poskytované sociální opory pak mohou paradoxně vést k oslabení vlastních autonomních schopností takové situace zvládat.

Jednoznačně se k otázce prospěšnosti sociální opory vyjadřuje Sarason (1987). Chápe ji jako moderátor stresu - ale pouze při splnění určitých podmínek. Pomáhající podstatou sociální opory není podle něj její obecná dostupnost, ale mnohem víc adekvátnost. Adekvátnost ve vztahu ke konkrétní situaci, kontextu a empatií lidí, kteří oporu zprostředkovávají. Velmi důležitá je také schopnost příjemce opory využít. Cummins (1989) například poukazuje na to, že protektivní účinek sociální opory se u pracovního stresu projeví pouze tehdy, je-li tato opora obsahově specifická (týká se problémů, které se vyskytly v zaměstnání). Člověk, kterému se této opory dostává, věří, že také sám může mít vliv na své záležitosti (cítí se kompetentní).

2.5 Sociální opora v kontextu povolání zdravotní sestry

Pracovníci ve zdravotnictví obecně vykazují výrazně častější výskyt psychických problémů než obecná populace a výrazně častěji se dostávají na svém pracovišti do stresujících a výrazně deprimujících situací. Zdravotní sestry jsou pak jako hlavní poskytovatelky ošetrovatelské péče v nemocnicích každodenně vystavovány všudepřítomné bolesti, smrti a intenzivním emocím. To jsou faktory, které mohou vést samozřejmě k projevům symptomů pracovního stresu. Až 70 procent sester se údajně kvůli vlastní práci cítí nervózně, pociťuje pravidelně úzkosti a frustraci. Psychický stav zdravotních sester se pak zákonitě promítá do kvality poskytované zdravotní péče. Přitom kvalitní sociální opora může u sester působit jako velice účinná prevence všech psychických, ale somatizovaných zdravotních problémů (Othman & Nasurdin, 2012).

Sociální opora je tak dlouhodobě považována za jednu z nejvýznamnějších proměnných, redukcí negativní vliv stresu na výkon práce u zdravotních sester (AbuAIRub, 2004).

Právě AbuAIRub (2004) zkoumal, které aspekty práce zdravotních sester může míra sociální opory ovlivňovat. Došel k závěru, že se jedná o syndrom vyhoření, pracovní stres, pracovní výkon ale i o další oblasti jejich života.

Průzkumy pak tento trend jednoznačně potvrzují a další studie ukazují, že nízká míra sociální opory negativně ovlivňuje výskyt pracovního stresu, ale zároveň i pracovní nespokojenost a prožívané psychické potíže. Zajímavým faktem pak je, že velká část výzkumů akcentuje význam sociální opory ze strany kolegů a nadřízených. Například Munrův průzkum ukázal, že zdravotní sestry s nižší sociální oporou ze strany kolegů vykazovaly výrazně vyšší prožívání pracovního stresu (Shirey, 2004).

Samozřejmě je podstatná opora od rodiny a přátel, ale vzhledem k intenzivní spolupráci, emocionální náročnosti a směnnému provozu, jsou podstatné vztahy s kolegy a nadřízenými a sociální opora z jejich strany, protože spolu tráví hodně času. Ke stejnému závěru došla i studie Fonga (1992), která rovněž identifikovala sociální oporu jako jednu z nejzásadnějších proměnných ovlivňujících pracovní výkon u sester a nespochybnila samozřejmě ani význam všech ostatních zdrojů sociální opory (včetně rodiny a přátel). Ukázala ale, že při vyrovnávání se se stresem hraje obrovskou roli právě sociální opora od kolegů a nadřízených. Například ve výzkumu AbuAIRuba (2004) vykazovaly sestry s vyšší sociální oporou od kolegů významně méně stresu. Zjistili také, že sociální opora od kolegů nebo vedení zdravotnického zařízení snižuje i emocionální vyčerpání zdravotních sester (AbuAIRub, 2004).

Úkolem nadřízených a kolegů zdravotních sester by mělo být jednak pomáhat sestrám v profesním rozvoji a komunikaci s pacienty, ale poskytovat jim i dostatečnou podporu a ukázat, že se zajímají o jejich potřeby, pocity a poskytují jim pomoc, informace a zpětnou vazbu. Zdravotní sestry, které vědí, že se mohou na své kolegy v případě potřeby obrátit, se pak jednak cítí lépe, ale v rámci reciprocity stejnou měrou kolektivu poskytují totéž i ostatním jeho členům. To prospívá celkové atmosféře v týmu. Jak je obecně známo, právě kvůli emocionální náročnosti povolání sestry je kvalita týmové práce, komunikace a míra vzájemné sociální opory klíčová. Zdravotní sestry pociťující dostatečnou podporu od svých kolegů budou totiž vnímat pracoviště jako podpůrné prostředí, kde se cítí dobře a to se pozitivně odráží i na kvalitě odvedené práce – tedy péče poskytované pacientům (Othman and Nasuridin, 2012).

Ač by tomu tak mělo být, ve skutečnosti ale není sdílení problémů a nespokojenosti mezi zdravotními sestrami běžnou praxí. Sestry se totiž často obávají hodnocení a postihů ze strany zaměstnavatele a mají často potíže své pocity a starosti na pracovišti sdílet se svými kolegy, aby nevybočovaly z davu či v kolektivu nepůsobily zranitelně (Li & Lambert, 2008). Za zmínku stojí jistě i poznatek Constabla a Russela (1986) o tom, že sociální opora od výše postavených nadřízených prospívá zdravotním sestrám při zvládání stresu více než sociální opora od kolegů.

K obdobným závěrům o významu sociální opory došlo i šetření České asociace sester, které mapovalo pracovní podmínky u zdravotníků v České republice a zapojilo se do něj bezmála 6 tisíc zástupců zdravotnického personálu. 60 procent dotazovaných v něm přiznalo, že nemohou se svými nadřízenými otevřeně hovořit o jejich zdravotním stavu a vysoké pracovní vyčerpání. V závěrečné otevřené otázce dotazníku měli respondenti prostor pro vyjádření největších problémů, se kterými se musí vypořádávat. 14 procent z nich uvedlo špatnou komunikaci s nadřízenými, 8,4 procenta nevyhovující spolupráci s lékařským personálem a 6,7 procenta dokonce hovořilo i o formách šikany na pracovišti - mobbingu a bossingu (Pelikánová, 2013).

Problematika byla zkoumána i mezi sestrami z oddělení intenzivní péče, konkrétně na operačních sálech. Zdravotním sestrám z oddělení byla položena otázka, jak se vypořádávají se svými problémy a starostmi. Že si o nich promluví, nechá si poradit a dokáže přijmout pozitivní vzpruhu od svého okolí, odpověděla pouze jedna desetina z dotazovaných sester. Podobný výsledek pak vždy svědčí o velmi nízké poskytované sociální opoře na daném pracovišti (Šanderová, 2005). Problém může být v úplné absenci opory nebo jejím nedostatku, ale stejně tak v neschopnosti osoby ji rozeznat a přijmout (Křivohlavý, 2009).

2.6 Nástroje a měření míry sociální opory

Ve světě známý a hojně užívaný dotazník ke zjišťování sociální opory se nazývá Social Support Questionnaire (SSQ) od skupiny autorů Sarason, Levine, Blasham a Sarason, vytvořen v roce 1983. Skládá se ze dvou částí. V první části zjišťuje, kolik osob aktivně poskytuje sociální oporu dotazované osobě, případně kolik dalších osob by ji poskytlo za podmínek, že by o ni dotyčná osoba požádala, pokud by se vyskytla v bezvýchodné situaci. Druhá část dotazníku zjišťuje, jakého stupně spokojenosti dosahuje díky poskytované sociální opoře osoba, která ji přijímá. Celkem je v dotazníku 27 položek, dnes je využívána zkrácená verze. Čím vyšší hodnota výsledku po sečtení, tím větší pocit uspokojení z poskytnuté sociální opory (Sarason, Levine, Blasham & Sarason, 1983).

Další možností jak zjistit míru sociální opory je pracovní verze dotazníku PSSS – Škála sociální opory od Blumenthala vytvořena roku 1974. Proband hodnotí celkem 12 položek pomocí sedmibodové škály (od rozhodně souhlasím – 7 po rozhodně nesouhlasím – 1), výsledný skóre je získán součtem těchto bodů. Dotazník mapuje míru sociální opory od rodiny, přátel a blíže neurčené osoby (Mareš et al., 2001). Tento dotazník byl použit v dotazníkovém šetření této diplomové práce.

3 Depersonalizace

Pojem depersonalizace je v psychologickém slovníku definován jako stav, při kterém dochází k odcizení a odosobnění. U osoby, u které se tento stav vyskytne, vyvolá pocit, že vše co se kolem ní děje, je jí vzdálené (Dušek & Večeřová-Procházková, 2005). Psychické pochody a pocity jsou provázeny i ztrátou zájmu o své okolí, o práci i o osoby blízké a rodinu (Hartl & Hartlová, 2000). Dochází ke zhoršené komunikaci s okolím (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

3.1 Typy depersonalizace

Dušek a Večeřová-Procházková (2010) ve své publikaci uvádějí dělení depersonalizace na tři typy:

- Depersonalizace alopsychická – je charakteristická tím, že postižený ztrácí živý vztah ke svému okolí. Zdá se mu změněné a předměty, které dobře zná, mu připadají jiné než dřív. Nejdříve se objevuje pocit odcizení, který se přeměňuje až do pocitu něčeho divného, neskutečného až nereálného. Tyto projevy se mohou vyskytovat u různých psychických poruch, ale při unavě a vyčerpání i u osob zdravých (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).
- Depersonalizace autopsychická – osoba provádí veškeré činnosti automaticky, bez psychického prožívání, protože dochází právě k odcizení vlastní psychiky (Hartl & Hartlová, 2000). Vývoj tohoto typu depersonalizace je velmi plíživý, postižená osoba je nejistá a při sledování sama sebe v zrcadle se „jakoby“ nepoznává. Zažívá zvláštní pocit vnitřního odcizení od vlastních myšlenek a pocitů, které někdy přecházejí i v pochybnosti o vlastní existenci. Postižený si je na racionální úrovni sice vědom, že je to stále on, ale na emocionální úrovni vnímá, jakoby to on nebyl (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).
- Depersonalizace somatopsychická – nevnímavost vlastního těla, při níž je zachováno vědomí (Hartl & Hartlová, 2000). Postižení ztrácí pocit vlastnictví svého těla. Své pohyby vnímají jako automatické, končetiny jako by jim nepatřily a mají pocit, že je nedokáží ovládat tak, jak by sami chtěli (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). K těmto pocitům může docházet ale i u zdravých osob, které jsou pouze výrazně unavené nebo u nich došlo k intoxikaci (Hartl & Hartlová, 2000).

Se zajímavou myšlenkou přichází O'Connor a Aranda (2005), kteří se domnívají, že depersonalizace může být v některých případech kompenzační pomůckou (obranným

mechanizmem), kterým si sestry na odděleních intenzivní péče pomáhají udržet emoční odstup od pacientů a jejich rodinných příslušníků.

3.2 Depersonalizace v kontextu syndromu vyhoření

Pojem syndrom vyhoření se stal obecně používaným pojmem pro různé formy nespokojenosti s povoláním, pracovní organizací i se sebou samým (Meier, 1983, podle Vanheuele, Lievrouw & Verhaeghe, 2003). Syndrom vyhoření byl v začátcích diagnostikován u pomáhajících profesí, u kterých dochází ke každodennímu styku s lidmi – u lékařů, zdravotních sester, učitelů a policistů (Raudenská & Javůrková, 2011). Syndrom vyhoření byl poprvé popsán a definován psychoanalytikem Herbertem J. Freudenbergerem v roce 1974 v článku publikovaném v „Journal of Social Issues“ (Kebza & Šolcová, 2003). Freudenberger, který pracoval ve zdravotnictví, si na základě své vlastní zkušenosti uvědomil, že odborníci, kteří se věnují těžce nemocným pacientům, ztrácejí motivaci do práce a začínají být vyčerpaní. Lidé, které v této souvislosti popisoval, byli sociální pracovníci, zdravotní sestry a lékaři. Charakteristiky osob podléhajících vyhoření popisuje takto:

- jsou to lidé velmi oddaní své práci,
- původně jsou plni energie a entusiasmu,
- práce je u nich na prvním místě, pracují velmi usilovně,
- mají pocit, že jsou nepostradatelní a přemýšlejí jak svou práci ještě zlepšit,
- nejsou si vědomi rizika syndromu vyhoření (Freudenberger, 1974).

3.2.1 Symptomy syndromu vyhoření

Jako nejčastější příznaky uvádí Freudenberger (1974) pocit vyčerpání a únavy, časté bolesti hlavy, nespavost, dušnost a problémy gastrointestinálního traktu.

Kahill (1988) rozlišuje:

- fyzické symptomy – bolesti hlavy, únavu a jiné,
- emoční symptomy – úzkost, pocity viny, pocity nedostatečnosti, bezmoci, emoční vyčerpání, ztráta empatie a jiné,

- chování – pracovní absence, rigidní dodržování pravidel, vyhýbání se pracovním povinnostem, zneužívání návykových látek a jiné,
- interpersonální symptomy – stažení se od pacientů i kolegů, špatná komunikace a jiné,
- symptomy v oblasti postojů – cynický až nepřátelský postoj k pacientům, nedůvěra k nadřízeným a kolegům a jiné.

3.2.2 Nejznámější definice syndromu vyhoření

Dnes nejznámější definice syndromu vyhoření pochází od Christiny Maslach a Susan Jackson (1981), které sdružily množství symptomů syndromu vyhoření do třídimenzionálního modelu:

- I. emoční vyčerpání – charakteristické pocity sklíčenosti,
- II. depersonalizace – zaujetí neosobního postoje k pacientům,
- III. pracovní uspokojení – pocit snížené kompetence.

Maslach a Jackson vytvořily nepoužívanější dotazník k měření míry vyhoření – MBI (Maslach Burnout Inventory), jehož část byla využita ve výzkumném šetření této diplomové práce (Maslach & Jackson, 1981).

V současné době se pozornost v oblasti syndromu vyhoření nevěnuje jen pomáhajícím profesím, ale zaměřuje se i na jiné sféry a oblasti, kde k němu může dojít z nepříznivých podmínek na pracovišti či z nedobrých vztahů mezi kolegy a nadřízenými (Stock, 2010). Osobnostní rysy daného člověka také mohou přispět k vývoji syndromu vyhoření (Venglářová, Myšáková, Mahrová & Laštovica, 2011). Lékařka a psychoterapeutka Mirriam Preiřová ve své publikaci zdůrazňuje společné znaky osob, u kterého se syndrom vyhoření vyskytuje. Jsou to většinou lidé, kteří nedokáží vnímat sami sebe a neznají své hranice a potřeby, často lidé s falešným já (Preiřová, 2015). Syndrom vyhoření jednoznačně nastupuje po vyčerpání kompenzačních mechanismů snažících se bojovat s chronickým stresem (Andšová, 2012). Krátkodobý stres syndrom vyhoření nevyvolává (Raudenská & Javůrková, 2011). Dnes je syndrom vyhoření řazen mezi psychosomatická onemocnění (Křivohlavý, 2009).

4 Pracovní spokojenost

Pracovní spokojenosti je věnována pozornost od třicátých let 20. století. Dnešní člověk tráví v práci značnou část dne. Zda je v práci spokojený či nespokojený, výrazně ovlivňuje kvalitu jeho života, jeho psychický i zdravotní stav (Štikař, Rymeš, Riegel & Hoskovec, 2003).

4.1 Pracovní spokojenost v kontextu výkonu zdravotnických profesí

Pracovní spokojenost je definována na základě různých pohledů s odlišnými názory (Vévoda et al., 2013). Moorhead a Griffin (1989) dokonce vidí silné propojení mezi pracovní spokojeností a tím, jak dotyčná osoba pohlíží na své zaměstnání a zda ho vidí jako prestižní. Staniční sestra Věra Stichová v rozhovoru pro časopis Zdraví E15 (Korbářová, 2012) v této souvislosti poukazuje na negativní dopad prezentování role sestry v českých komerčních médiích, zejména v některých seriálech je často náplň práce zdravotní sestry zlehčována a sestry vystupují v roli nepříliš inteligentní bytosti, která během své směny řeší více své osobní problémy, než své pracovní povinnosti.

Podle statistického šetření Centra pro výzkum veřejného mínění, které proběhlo v červnu roku 2013, však hodnotí česká veřejnost prestiž povolání pozitivně. Z vybraných 26 profesí se zdravotní sestry umístily na třetím místě, hned za lékařem a výzkumným pracovníkem (Tuček, 2013).

4.2 Dělení pracovní spokojenosti

Spokojenost v zaměstnání výrazně ovlivňuje pracovní nasazení, motivaci k práci a kvalitu prováděné činnosti (Vévoda et al., 2013). Pracovní spokojenost můžeme rozdělit na dvě složky:

- *Objektivní* - popisuje výkonnost pracovníka a to, jaké úrovně dosahuje jím provedená práce (z hlediska zaměstnavatele).
- *Subjektivní* - která se naopak týká toho jak je pracovník v práci spokojený, jak hodnotí, přijímá a vnímá dané úkoly a jaké má představy o zpětné vazbě.

Není pravidlem, aby spokojený zaměstnanec prováděl co nejefektivnější výkony v práci a naopak nespokojený zaměstnanec ty nejméně kvalitní (Štikař et al., 2003).

Luthansovo třídimenzionální rozdělení definuje tři oblasti, kde může vykristalizovat a projevit se spokojenost v práci:

1. prožívaná a projevující se emocionální odpověď jako odraz toho, jak osoba reaguje na práci,
2. reakce osoby na to, zda došlo k naplnění či nenaplnění očekávání spojených s danou prací,
3. jev vyjadřující některé vzájemné postoje.

Výslednici těchto tří dimenzí tvoří chování osoby, podle kterého lze hodnotit spokojenost v práci, vysledovat potřeby zaměstnance a zjistit jeho budoucí cíle. Luthans také odhalil souvislosti pracovní nespokojenosti se zdravotním stavem, a souvislost vyšší nemocnosti s nižší pracovní spokojeností (Luthans, 1992, podle Štikař et al., 2003).

4.3 Nástin výzkumných poznatků

Současné výzkumy (Aiken et al., 2001; Rambur, McIntosh, Val Palumbo & Reinier, 2005) se stále více zaměřují na vytvoření takového pracovního prostředí, které by bylo pro sestry přitažlivé a zabránilo jejich fluktuaci a předešlo tak problémům, které souvisejí s jejich početním nedostatkem. Proto je důležité zjistit, co je motivuje k výkonu jejich povolání.

Podle Aiken et al. (2001) je pracovní nespokojenost u zdravotních sester vyšší v porovnání s ostatními profesemi. Dokládá to výzkum, který zahrnoval více než 43 tisíc sester z nemocnic v Německu, USA, Skotsku, Kanadě a Anglii. Nejvyšší nespokojenost vykazovaly sestry v USA, nejnižší v Německu.

Hart (2001, podle Vévoda et al., 2013) ve své studii zjistil, že sestry pracující na klinikách fakultních nemocnic jsou spokojenější než ty, které pracují jinde. Spokojenější jsou také sestry pracující na plný úvazek a sestry pracující pouze na denní směny.

Hart dále uvádí, že sestry by ke své větší spokojenosti potřebovaly:

- méně stresující a méně fyzicky náročnou práci – 56 procent,
- pravidelné směny – 22 procent,
- lepší finanční ohodnocení – 18 procent,

- možnost profesního postupu – 14 procent,
- více času na rodinu – 14 procent,
- méně hodin strávených v práci – 11 procent.

Sestry s vyšším **vzděláním** cítí vyšší pracovní spokojenost než sestry s nižším vzděláním (Rambur et al., 2005).

Důležitým faktorem pracovní spokojenosti jsou také **vztahy s kolegy**. Nejspokojenější jsou sestry, které mají dobré vztahy s ostatními sestrami (Cockey, 2005).

Manojlovich (2005) ve svém výzkumu dochází k závěru, že dobrá **komunikace mezi sestrou a lékařem** je významným prediktorem pracovní spokojenosti.

Plat jako nejzávažnější faktor při úvahách o změně zaměstnání uvádí Balková a Zibrinová (2012).

Podle mnoha výzkumů je největším důvodem spokojenosti či nespokojenosti s prací **péče o pacienty** (McNeese-Smith, 1999).

Velkým problémem v mnoha zdravotnických zařízeních je fluktuace. Je proto důležité pojmenovat faktory, které se podílí na tom, zda sestra zůstane či odejde. Vévoda et al. (2013) uvádí, že faktory které sestry nejvíce uspokojují, jsou pacienti a jejich rodiny (62 procent). Je ale zajímavé, že 71 procent sester uvažuje o odchodu ze zaměstnání právě kvůli tomuto faktoru. Hart (2001, podle Vévoda et al., 2013) se domnívá, že sestry tedy odchází proto, že jim podmínky na pracovišti neumožňují poskytovat takovou péči, jakou by si představovaly. Není to tedy proto, že by jim na jejich práci a pacientech nezáleželo, nýbrž právě naopak.

5 Prožívaný zdravotní stav

Pojem prožívaný zdravotní stav chápeme v naší diplomové práci jako subjektivní prožitky dané osoby ve vztahu k jejich zdraví. Musíme si být vědomi toho, že se nejedná o objektivní pohled podpořený medicínskými odbornými metodami, ale o pohled daných respondentů na to, jak svůj zdravotní stav vnímají, jaké příznaky cítí a co si o svém zdravotním stavu myslí. Některá onemocnění probíhají zcela asymptomaticky a člověk si jich nemusí být vůbec vědom (například jako tomu je u esenciální hypertenze). Pro jiná onemocnění, která člověka velmi trápí, nemůžeme nalézt objektivní medicínsky verifikovatelné příčiny (například konverzní porucha). Nicméně to, jak se člověk zdravotně cítí, je vždy něco, co zásadně ovlivňuje jeho pracovní spokojenost. Chceme tedy zdůraznit, že v našem pojetí je pojem prožívaný zdravotní stav chápan spíše z pohledu psychologického než medicínského.

5.1 Vliv psychiky na zdravotní stav

Psychosomatika je pojem skládající se z řeckých slov *psýché*, což znamená duše a *sóma* označující tělo. Výsledně se jedná o označení procesů psychických a tělesných, které spolu významně souvisejí (Morschitzky & Sator, 2007). Poprvé tento termín použil německý lékař Heinroth v roce 1818, když studoval a popisoval poruchy spánku. V 1939 byl pod tímto názvem vydán časopis – Psychosomatic Medicine, který zaštitili američtí autoři Franz Alexander a Flanders Dunbarová. Tímto se psychosomatika dostala i do podvědomí veřejnosti (Honzák, Chromý, Líbalová, Nouza, & Večeřová, 2005).

Pohledem do historie lze zjistit, že již řecký filosof Platon nahlížel na člověka holistickým způsobem. Tvrdil, že bytost nelze být léčena pouze se zaměřením na jednotlivou poškozenou oblast, část těla či orgán, ale že je potřeba se při léčení věnovat kompletně celému tělu. Zároveň poukazoval na souvislosti mezi tělem a duší během léčby (Faleide, Lian & Faleide, 2010).

Hippokrates, otec medicíny, rovněž požadoval, aby lékaři věděli o svých pacientech veškeré podrobnosti, včetně typu osobnosti a temperamentu. Před zahájením léčby dával do souvislostí s onemocněním i vnější vlivy, jako jsou například roční období a předchozí životní styl nemocného. Považoval celého člověka zároveň za součást přírody, která sama o sobě má podle Hippokrata schopnost léčit (Honzák, 2005).

O čtyři století později římský lékař Galénos opět začal oddělovat duši od těla. Toto pojetí ho natolik pohltilo, že na základě svých zfalšovaných pitevních poznatků šířil nepravdivou informaci: putování plynného ducha nervovým systémem (Honzák, 2005).

S významným vývojem medicíny postupně docházelo k tomu, že zdravotní problémy byly vnímány pouze jako s tělem související a psychická stránka člověka byla opomíjena. K prolomení došlo až na začátku 20. století díky Sigmundu Freudovi (Morschitzky & Sator, 2007), když zveřejnil *Studii o hysterii* a započal historii psychoanalýzy a psychoterapie (Baštecká & Goldmann, 2001). Právě psychoanalytické poznatky popisují vliv psychiky na tělesné zdraví a vývoj nemoci (Morschitzky & Sator, 2007).

V současné době je tento vliv psychiky na zdraví zavedeným nezpochybnitelným termínem, se kterým se během léčby běžně pracuje (Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2011). Moderní medicína používá pojmenování *psychosomatická* onemocnění (Mohapl, 1998). Každá nemoc se skládá ze somatické a psychické složky. Až po poznání a zhodnocení obou složek lze přistoupit k léčbě nemoci (Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2011).

5.2 Psychosomatická onemocnění

Americký psychoanalytik Franz Alexander se svou spolupracovnicí Flanders Dunbarovou, inspirováni Freudem, zkoumali sedm onemocnění, která pojmenovali *chicagská sedma*. Ta zahrnovala bronchiální astma, revmatoidní artritidu, esenciální hypertenzi, ulcerózní kolitidu, duodenální peptický vřed, tyreotoxikózu a neurodermatitidu. Autoři se snažili zjistit, zda je možné, aby tato somatická onemocnění vyvolávala právě psychologická příčina. Zjistili souvislosti mezi nenaplněnými potřebami jedince, jejich vnitřními konflikty (které si daná osoba ale neuvědomuje) a konkrétním onemocněním (Raudenská & Javůrková, 2011). Ve spolupráci s lékaři, dospěli k názoru, že psychosociální vlivy se skutečně z části na vzniku těchto sedmi nemocí podílí (Honzák, 2010).

Celých 40 procent pacientů v ordinacích praktických lékařů trápí bolesti, různé potíže, stěžují si na svůj pocíťovaný zdravotní stav, a přesto lékař nedojde k nálezu patologického jevu organismu. Právě psychosomatika hledá příčiny a souvislosti u těchto stavů, které se následně dají často léčit i bez medikace (Honzák, 2013).

Lékařka Lenka Hansmanová uvádí, že během psychosomatické léčby je potřeba se zajímat i o okolí pacienta, jeho blízké osoby a rodinu, což na lékaře klade větší nárok, ale léčbu usnadňuje. Důležitým prvkem během terapie je dobrá spolupráce (compliance) pacienta a jeho aktivní zapojení během hledání příčin, které mohou vést k onemocnění. Dovedností zkušeného lékaře by měla být schopnost k tomu pacienta motivovat (Hasmanová, 2003).

S tímto tvrzením souhlasí interní a rehabilitační lékař Jan Hnízdil, náš přední odborník v oblasti psychosomatické medicíny. Jeho cílem je navrácení k tradičním, dříve zavedeným, celostním lékařským postupům, kdy rodinný lékař přesně znal celou rodinu a její momentální situaci a dokázal propojit souvislosti a příčiny, které vedly k onemocnění dané osoby (Matějka, 2014).

Český psychiatr Radkin Honzák (2014), zabývající se psychosomatikou v kontextu psychoterapie k tématu rovněž přispěl. Podle jeho názoru by bylo ideální řešení oddělení psychosomatiky od oboru psychiatrie a její následné přiřazení k oboru všeobecného lékařství, přičemž by ale byla zachována vzájemná spolupráce těchto odborných společností spolu s psychoanalýzou.

V kostce můžeme psychosomatická onemocnění chápat tak, že se skryté psychické potíže, které si osoba ani neuvědomuje, projeví nemocí těla či nějakým somatickým symptomem. Jsou to případy, kdy nepomáhá medikamentózní léčba, která bývá stále bezvýsledně měněna. Pacient je zoufalý, že lékaři nenachází příčinu jeho obtíží a domáhá se dalších vyšetření, která jsou však z podstaty věci zbytečná (Šafránek, 2011).

Zajímavé členění psychosomatických onemocnění uvádí Vladimír Vavrda (osobní sdělení, 11. února, 2015).

- Psychické poruchy se subjektivně prožívanými tělesnými příznaky (konverzní poruchy, somatizační porucha a další).
- Psychické poruchy s poruchou reprezentace těla (mentální anorexie, porucha primární funkce kůže a další).
- Psychické poruchy s projekcí psychického defektu do organismu, respektive psychické poruchy s dopady v somatické sféře (rozpraskané ruce u obsedantně kompulzivní poruchy, důsledky abúzu návykových látek, řezná zranění při sebepoškození a další).
- Poruchy související s toxicitou stresu (různá onemocnění související především s vlivem stresu na imunitní systém, snazší podlehnutí infekcím, autoimunitní onemocnění a další).
- Psychické projevy se somatickou příčinou (deliria, některé případy halucinací a další).
- Dopady léčebných zákroků na tělesnou sebereprezentaci (histerektomie, ablace prsu, vliv medikace na sexuální život a tělesnou hmotnost, plastické operace a další).

- Dopady traumatických vlivů na reprezentaci sebeprožívání (popáleniny, následky úrazů na hybnost, neplodnost a další).
- Dopady onemocnění a léčby na životní styl a prožívání self (pokles výkonnosti, znemožnění různých aktivit, které zajišťovaly psychickou rovnováhu a další).

5.3 Prožívaný zdravotní stav v kontextu práce zdravotní sestry

Řada autorů (Křivohlavý & Pečenková, 2004; Křivohlavý, 2010; Venglářová et al., 2011; Valášková, 2008; Dučaiová & Litvínová, 2013; Reindlová & Bogárová, 2007; Li & Lambert, 2008; AbuAlRub, 2004; Ko, 2011) se shoduje v názoru, že zdravotní sestry pracující na intenzivní péči, jsou oproti jiným profesím výrazně více konfrontovány se stresory. Jejich běžnou denní rutinou je, že nemají pravidelný spánkový režim, ve většině případech jim jejich vytížení neumožňuje dodržovat zdravý životní styl, včetně takových zdánlivých maličkostí jako je možnost odskočit si na toaletu, dát si kávu, či se v klidu a příjemném prostředí najíst.

Tyto kumulující se negativní faktory, ke kterým patří i nedostatečné finanční ohodnocení, fyzické i psychické přetížení a stále se zvyšující nároky na vzdělávání sester, vedou mimo jiné i ke zhoršování zdravotního stavu. Bártlová (2005) se s těmito výsledky také ztotožňuje, ale poznamenává, že dnes již určité studie vyvracejí větší vytíženost sester na intenzivních péčích a přiřazují k nim i jiné obory ošetrovatelství jako jsou chirurgická a interní lůžková oddělení a také sestry pracující na oddělení psychiatrie.

6 Specifika práce sester na pracovištích intenzivní medicíny

Tato kapitola pojednává o tom, čím jsou pracoviště intenzivní medicíny charakteristická a specifická. Stručně nastiňuje počátky vzniku těchto oddělení a popisuje jejich režim, který je odlišný od běžných lůžkových jednotek. Také definuje náplň práce a dovednosti, které musí každá sestra na těchto intenzivních odděleních ovládat.

6.1 Počátky intenzivní péče

První jednotka intenzivní péče (intensive care unit) vznikla v rámci intenzivní medicíny (intensive care medicine), což je medicínský obor, který se zabývá kritickými stavy nemocných v akutním ohrožení na života. Vývoj těchto jednotek intenzivní péče začal v šedesátých letech (v této době byla například vytvořena síť koronárních jednotek). V následujících letech probíhal rozvoj tohoto oboru a jeho zakořenění do systému zdravotnictví. Dnes jednotky intenzivní péče tvoří vysoce profesionální a specializovaný tým pracovníků na vysoce technicky specializovaných pracovištích (Ševčík in Ševčík, Černý & Vítovec, 2003).

6.2 Oddělení intenzivní péče

Jednotky intenzivní péče jsou v současné době zcela nepostradatelnou součástí téměř všech nemocnic. Jsou zcela nenahraditelné pro pacienty, kteří jsou v ohrožení života z důvodu vážného poškození nebo selhání životně důležitých orgánů či selhávání orgánových funkcí.

Jednotky intenzivní péče jsou rozděleny do dvou rovin - na jednotky nižšího a vyššího stupně. Jednotky nižšího stupně slouží především k monitorování pacientů. Jednotky vyššího stupně poskytují pacientům kromě monitorace i již zmíněnou podporu a náhradu funkcí životně nepostradatelných orgánových skupin (Zadák, Havel & Vítovec 2007). Na jednotkách intenzivní péče dokáže odborný personál v co nejkratším čase komplexně vyhodnotit stav pacienta, určit diagnózu a zahájit okamžitou podporu selhávajících životních funkcí, pacienta stabilizovat a následně zahájit léčbu přidružených onemocnění (Ševčík in Ševčík et al., 2003).

Úrovně pracovišť intenzivní medicíny:

- **Pracoviště intenzivní medicíny prvního stupně (PIM I.)** – je rozhraní mezi standardním lůžkovým oddělením a jednotkami intenzivní péče. U pacienta probíhá základní kontinuální monitorace, má zde dostupnou neodkladnou resuscitační péči a případně jsou tato oddělení vybavena i pomůckami ke krátkodobé umělé plicní ventilaci.
- **Pracoviště intenzivní medicíny druhého stupně (PIM II.)** – by neměly chybět v žádné všeobecné nemocnici. Tato oddělení jsou vybavena pro dlouhodobější umělou plicní ventilaci. Zajišťují invazivní metody monitorace, jako je například monitorace nitrolebního tlaku nebo tlaku v plicnici, ale neposkytují pacientům úplnou orgánovou podporu, jakou může být například hemofiltrace.
- **Pracoviště intenzivní medicíny třetího stupně (PIM III.)** – se nacházejí ve velkých a především ve fakultních nemocnicích. Péče, kterou vykonávají lékaři, specializované sestry a ošetrovatelky, je velmi náročná. Na těchto odděleních je potřeba kvalitně proškolených a zdatných profesionálů. Oddělení poskytuje vysoce specializované komplexní diagnostické, monitorovací a terapeutické metody. Od invazivní kontinuální monitorace až po specializované terapeutické postupy. Odborný personál tvoří lékaři se specializací pro intenzivní péči a ošetrovatelský personál se skládá ze sester, které mají specializaci pro anesteziologickou a resuscitační péči. Nechybí ani pomocný personál zdravotnických asistentů a sanitářů. Na těchto jednotkách musí být tento personál, odborná péče a další klinické a laboratorní obory dostupné 24 hodin denně na stejné úrovni během dne i v nočních hodinách.
- **Jednotky intermediální péče (JIP)** – jsou oddělení, kde jsou pacienti hospitalizováni předtím, než mohou být přeloženi na standardní lůžková oddělení. Poskytovaná péče je zde zaměřena opět na monitoraci a pomůcky na tomto oddělení jsou přizpůsobeny ke krátkodobé umělé plicní ventilaci a neodkladné resuscitaci v případě nutnosti (Ševčík in Ševčík et al., 2003).

V některých nemocnicích mohou být pracoviště intenzivní péče rozřazeny podle zaměření pracoviště, například na kardiochirurgii, chirurgii, traumatologii, neurochirurgii a další. V jiných je preferováno sjednocení těchto specializovaných oborů do jedné velké jednotky (Ševčík in Ševčík et al., 2003).

Jsou ale tři oddělení, pro které bez výjimky platí vlastní oddělení intenzivní péče, patří mezi ně:

- neonatologické jednotky intenzivní péče,
- dialyzační jednotky,
- koronární jednotky.

Na každých 100 lůžek v celé nemocnici by mělo připadat jedno až čtyři lůžka na oddělení intenzivní péče. Co se týká počtu sester na intenzivních odděleních, měla by na jednoho pacienta připadat minimálně jedna sestra.

Na oddělení musí být vždy alespoň jeden samostatný box, ve kterém bývá hospitalizován pacient, představující vyšší riziko přenosu infekčních onemocnění pro ostatní pacienty. Některá oddělení jsou sestavena z boxů, které obsahují jedno až dvě lůžka. Jiná oddělení jsou pojata jako jeden velký sál, ve kterém je umístěno čtyři až osm lůžek a ta jsou mezi sebou oddělena plentou.

Při příjmu je vždy nutno dobře zvážit, na který stupeň pracoviště intenzivní medicíny daného pacienta zařadit. Je nutné mít na paměti, že u pracovišť vyššího stupně (PIM III.) jsou náklady na jedno lůžko minimálně desetkrát vyšší než na pracoviště nižšího stupně (PIM I.). Nelze tedy na PIM III. přijímat pacienty „málo nemocné“ a pacienty v terminální fázi, u kterých není naděje na zlepšení jejich zdravotního stavu prostřednictvím intenzivní péče. Na tato oddělení jsou naopak přijímáni pacienti, kteří mají naději na zlepšení svého kritického zdravotního stavu a je u nich šance na obnovení orgánových funkcí (Ševčík in Ševčík et al., 2003).

Indikátorem kvality ošetrovatelské péče na pracovištích intenzivní medicíny bývá především konstantní tým vysoce kvalifikovaných zdravotních sester. Je důležitým úkolem nadřízených pracovníků o tento tým pečovat a snažit se ho udržet. Také výběru nových spolupracovníků je třeba věnovat velkou pozornost. Je také velmi důležité vhodně řídit, dokumentovat a vyhodnocovat adaptační proces nových kolegů. Věnovat pozornost tomu, jak si nový pracovník zvyká na režim a chod oddělení, osvojuje si manipulaci se základním přístrojovým vybavením a učí se zručně provádět specifické výkony, než se mu po mnohém opakování stanou běžnou rutinou. Cílem adaptačního procesu je co nejrychlejší a nejefektivnější začlenění nově příchozího do týmu, což posílí a ulehčí následnou spolupráci s jeho kolegy a naučí pracovníka fyzicky a psychicky zvládat tuto namáhavou práci. Předchází odchodu nových zaměstnanců v prvním roce po nástupu do nového zaměstnání, snižuje jejich nervozitu a stres z nového prostředí a především zvyšuje pracovní spokojenost a oddanost pracovníka (Šimonová, 2014).

6.3 Fyzická a psychologická specifika práce sester na jednotkách intenzivní péče

Nároky na sestry v intenzivní péči jsou velmi vysoké a náplň jejich práce je velmi náročná fyzicky, ale i psychicky (Ševčík in Ševčík et al., 2003). Sestra pracující na těchto odděleních musí být samostatná, uspokojuje základní potřeby pacienta a upevňuje jeho zdraví. Náplní její práce je vyhodnocovat samostatně stav pacienta, diagnostikovat a provádět terapeutické výkony, ke kterým získala vzděláním kompetence. Musí umět improvizovat v případě, kdy momentálně není přítomen lékař. Další důležitou dovedností je dorozumět se s pacientem, který je na jednotkách intenzivní péče většinou zaintubován a nedokáže se slovně vyjádřit. Musí umět pacientům vysvětlit, proč daný úkon provádí a instruuje pacienta ke spolupráci, pokud není v bezvědomí. Vede také přesnou ošetrovatelskou dokumentaci, kde musí být vyplněn každý úkon, který provedla, včetně změn stavu pacienta a další. Sestra si také sama připravuje pomůcky ke své práci a k výkonům a doplňuje materiál a léky tak, aby měla v případě krizové situace vše po ruce (Staňková, 2002).

Práce na intenzivní péči je pro sestry extrémně náročná i fyzicky. Na odděleních jsou hospitalizováni imobilní pacienti, se kterými musí sestra několikrát během dne manipulovat (například během hygieny, při prevenci proleženin, polohování a další). Často nemá k dispozici vhodné pomůcky pro ulehčení této manipulace a z důvodu nedostatku personálu ani druhého zaměstnance, se kterým by si vypomohli (Komačková, 2009).

Sestra denně na oddělení stráví průměrně 96 minut v předklonu, stojí v průměru 392 minut a za jednu směnu průměrně nachodí jedenáct a půl kilometru (Valášková, 2008). Ženy během výkonu svého povolání nesmí zvedat břemena, která jsou těžší než patnáct kilogramů, ovšem pacient za břemeno považován není a tak sestry zdvihají váhu lidského těla, která je často výrazně vyšší než váha, kterou má sestra sama (Reindlová & Bogárová, 2007).

Sestry na pracovištích intenzivní medicíny prožívají denně různé stresové situace (Vyorálová, 2014). 53 procent sester udává psychickou vyčerpanost pociťující po skončení směny. Ve srovnání s jinými profesemi je mezi zdravotníky největší procento sebevražd (Reindlová & Bogárová, 2007).

Psychické přetížení může pro sestry také představovat komunikace a mentorování studentů absolvujících na jejich odděleních praxi v rámci přípravy na své povolání. Při nedostatku personálu a absenci odborných školitelek musí již tak přetížená sestra zastoupit roli mentorky. Nehledě na hektické tempo chodu oddělení by měla vysvětlovat, předvádět postupy výkonů, být nápomocná, přátelská, ochotná a chovat se s respektem ke studentům a nově začínajícím lékařům. V těchto situacích může často docházet ke konfliktům. Sestry

si musejí zorganizovat práci, aby zvládly veškerou péči kolem pacienta tak, aby nedocházelo ke snížení kvality ošetrovatelské péče, splnily úkoly a ordinace lékaře a byly nápomocny svým kolegyním a kolegům. Péče a zodpovědnost za studenty je často nad jejich síly a zvyšuje jejich frustraci. (Farkašová, Koňošová, Kubicová, Musilová & Závodná, 2006; DeVito, 2008). K zajímavému výsledku ve svém výzkumu dospěly Zakopčanová a Gerlichová (2014). Zjistily, že nejlepší komunikace mezi studenty a sestrami během praxe byla právě na oddělení intenzivní péče a na operačních sálech, kde je z důvodu akutních stavů více stresových situací, než na standardních odděleních. Mohli bychom se tedy domnívat, že spolupráce v těchto krizových situacích vede členy týmu k větší soudržnosti.

I přesto, že práce zdravotních sester na odděleních intenzivní medicíny je velmi náročná a vyčerpávající, odpovědělo 100 procent dotazovaných sester ano, na otázku zda mají rády své povolání a 53 procent sester ano, zda by si toto povolání vybraly znovu (Reindlová & Bogárová, 2007).

EMPIRICKÁ ČÁST

7 Výzkumná otázka, hypotézy a popis designu

7.1 Výzkumná otázka

Cílem této diplomové práce je zmapování míry sociální opory, kterou pocítují sestry na intenzivní péči a identifikování zdrojů, ze kterých se jim jí dostává. Dále usilujeme o ověření vztahů mezi sociální oporou a vybranými faktory, ovlivňujícími jejich profesní i soukromý život a zdraví. Základní výzkumné otázky tedy zní následovně:

- Jaký je u sester na intenzivní péči nejčastější zdroj sociální opory?
- Existuje významný vztah mezi:
 - sociální oporou a pocitem pracovního spokojení?
 - sociální oporou a depersonalizací?
 - sociální oporou a prožívaným zdravotním stavem?

7.2 Hypotézy

- **H1:** Existuje statisticky významný vztah mezi úrovní sociální opory a mírou pracovní spokojení.
 - **H1₀:** Neexistuje statisticky významný vztah mezi úrovní sociální opory a mírou pracovní spokojení.
- **H2:** Existuje statisticky významný vztah mezi úrovní sociální opory a mírou depersonalizace.
 - **H2₀:** Neexistuje statisticky významný vztah mezi úrovní sociální opory a mírou depersonalizace.
- **H3:** Existuje statisticky významný vztah mezi úrovní sociální opory a subjektivně prožívaného zdravotního stavu.

- **H3₀**: Neexistuje statisticky významný vztah mezi úrovní sociální opory a subjektivně prožívaného zdravotního stavu.
- **H4**: Sestry na intenzivní péči označují za zdroj sociální opory signifikantně častěji rodinu a přátele než kolegy a nadřízené.
 - **H4₀**: Sestry na intenzivní péči neoznačují žádnou ze skupin signifikantně častěji jako zdroj sociální opory.
- **H5**: Existuje významný vztah mezi mírou depersonalizace a pracovní spokojeností.
 - **H5₀**: Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou depersonalizace a pracovní spokojeností.

7.3 Zkoumaný vzorek populace

Výběrový rámec výzkumu diplomové práce tvořily zdravotní sestry pracující na jednotkách intenzivní péče. Reprezentativní vzorek populace, tedy respondenty výzkumu této diplomové práce byly sestry, zaměstnané na jednotkách intenzivní péče několika vybraných pražských zdravotnických zařízení. Celkem bylo na následujících pracovištích intenzivní péče rozdáno 140 dotazníků:

- Anesteziologicko-resuscitační oddělení – urgentní příjem,
- Klinika anesteziologie a resuscitace – kardiocentrum,
- Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče – transplantační centrum,
- Psychiatrická klinika,
- Urologická klinika,
- Chirurgická klinika,
- Gynekologicko porodnická klinika.

Z celkového počtu 140 dotazníků se jich vrátilo 131 vyplněných, ovšem 10 z nich bylo špatně nebo neúplně vyplněno a musely tak být vyřazeny. V rámci výzkumu jsme tedy pracovali s daty získanými ze 121 dotazníků a čistá návratnost tak činila 92 procent, což bylo velmi nečekané procento.

Co se týče zkoumaných konstruktů a aspektů života sester na intenzivní péči, práce na různých odděleních a pracovištích sebou může přinášet určitá specifika. Pokusili jsme se tedy o průřez napříč nemocničními specializacemi, abychom co nejvíc z daných rozdílů postihli.

Vzorek 121 respondentů tvořilo 106 žen a 15 mužů. Procentuální zastoupení mužů je tedy pouhých 12,4 procenta. Průměrný věk sester byl 36,6 roku s mediánem o hodnotě 35 a modem 40 let. Nejmladší z respondentek bylo 22 let a nejstarší byla ve věku 65 let. Směrodatná odchylka u hodnoty věku byla 9,97. Věkové rozložení vzorku je tedy poměrně rozmanité. To je, vzhledem k závislosti některých z měřených konstruktů na této proměnné, záhodno. Věk tak může být zohledněn jako intervenující i plnohodnotná nezávislá proměnná.

Tabulka 1 VĚK – POPISNÉ STATISTIKY

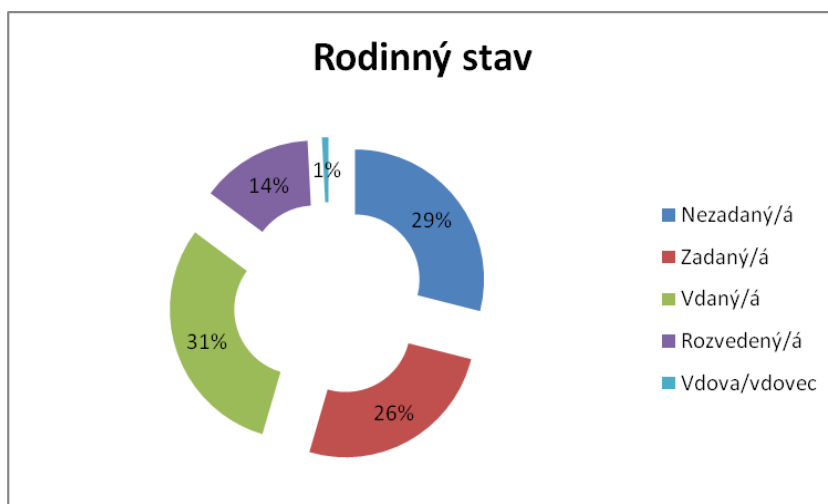
N	Platné	121
	Chybějící	0
	Aritmetický průměr	36,6116
	Medián	35,0000
	Modus	40,00

Tabulka 2 VĚK – POPISNÉ STATISTIKY 2

	N	Minimum	Maximum	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka
Věk	121	22,00	65,00	36,6116	9,97862

Největší část vzorku tvoří sestry, které jsou v manželském svazku. Je jich necelých 31 procent, druhou nejpočetnější skupinou jsou sestry nezadané (29 procent), přes čtvrtinu (26 procent) tvoří zadané, ale svobodné sestry a bratři, 14 procent z nich je rozvedených a necelé procento (0,8 procenta) z nich bylo ovdovělých.

Graf 1: ROZDĚLENÍ VZORKU DLE RODINNÉHO STAVU



Sestry, které tvořily náš vzorek, pracují na jednotkách intenzivní péče v průměru déle než 11 let (11,4 roku). Délka jejich praxe se pohybuje od třičtvrtě roku praxe v oboru až po ty, kteří pracují na jednotkách intenzivní péči 37 let. Směrodatná odchylka je 8,6, a i u této proměnné umožňuje variabilita hodnot detailní zkoumání vlivu délky praxe na další zkoumané konstrukty. Dosavadní vědecká zjištění a literatura totiž o tomto vztahu hovoří.

Tabulka 3: POČET LET PRAXE

	N	Minimum	Maximum	Aritmetický průměr	Směrodatná odchylka
Počet let praxe	121	0,75	37,00	11,3884	8,55022

7.4 Metody sběru dat

Výzkumný design kvantitativní studie měl formu dotazníkového šetření. Respondenty byly zdravotní sestry, zaměstnané na jednotkách intenzivní péče a dotazníky byly respondentům administrovány v tištěné podobě. Vzhledem ke specifickým požadavkům na vzorek nebylo možno dosáhnout naprosto náhodného výběru populace. Jde tedy spíše o výběr příležitostný. Dotazník sociální opory (PSSS) tvoří 13 položek, k nimž vyjadřuje respondent svůj postoj na sedmibodové Likertově škále. Míra depersonalizace a pracovního uspokojení byla měřena pomocí mírně upravených faktorů testu MBI (Maslach Burnout Inventory) a subjektivně prožívaný zdravotní stav pomocí několika položek vlastní konstrukce.

7.5 Použité metody

7.5.1 Sociální opora

Pro měření míry vnímané sociální opory byl použit test J. A. Blumenthala, což je jednodimenzionální krátká škála sociální opory, určená přímo pro osoby pracující v pomáhajících profesích (Mareš et al., 2001). Právě Mareš (2001) přeložil původní škálu PSSS do češtiny a poskytl její pracovní verzi možným zájemcům o výzkum v této oblasti.

Škála sociální opory PSSS zjišťuje úroveň vnímané sociální opory a hlavně protektivního účinku interpersonálních interakcí a vlivu sociálních sítí na úroveň osobní pohody (well being) a zdraví. Výsledkem testu jsou tři dílčí skóry, vyjadřující míru sociální opory od významné a nekonkretizované osoby (od takzvaných *significant others* – nespecifikovaných blízkých osob, jejichž přítomnost, chování a postoje jsou pro nás důležité), členů rodiny a přátel. Zároveň slouží jako celkový skór vypovídající o komplexní pociťované sociální opoře (Gillernová, Kebza & Rymeš, 2011).

Jedná se o dvanáctipoložkový dotazník, ve kterém respondent na 7-bodové Likertově škále vyjadřuje souhlas (1) či nesouhlas (7) s tvrzeními o vnímané sociální opoře od rodiny, přátel a takzvaných *significant others* (významných ostatních). PSSS má prokazatelně dostatečnou vnitřní konzistenci (Crobachova $\alpha=0,88$) a reliabilitu (test-retest reliability $r=0,85$). PSSS bývá navíc často používán pro výzkum vztahu sociální opory ke zdravotnímu stavu (Andrasik, Goodie & Peterson, 2015; Hintsanen et al., 2005; Barefoot et al., 2003), což je vzhledem k záměrům této diplomové práce ideální.

Skór je dán součtem bodů, minimální počet je tedy 12 a maximální 84. Čím větší hodnota, tím větší pociťovaná sociální opora. Abychom měli možnost srovnat míru sociální opory poskytovanou kolegy a nadřízených s jejich ostatními zdroji (rodina, přátelé, významní druzí), byla zařazena obdoba položek jako u ostatních zdrojů právě pro kolegy a nadřízené.

7.5.2 Depersonalizace a pracovní spokojenost

Pro měření míry depersonalizace a pracovní spokojenosti byly využity faktory známého dotazníku Maslach Burnout Inventory, tedy světově nejrozšířenějšího dotazníku ke sledování vzniku syndromu vyhoření u exponovaných profesí. MBI měří pomocí 22 otázek celkem tři faktory – emocionální vyčerpání, depersonalizaci a pracovní spokojenost. K depersonalizaci, kterou se v práci zabývám se váže v dotazníku 5 otázek a dalších 8 otázek je věnováno pracovní spokojenosti. I v této části dotazníku pak respondenti

vyjadřují sílu svých pocitů k jednotlivým vyjádřením na škále od 1 do 7 (1- nulová síla pocitu x 7 – velmi silný pocit) (Cañadas-De la Fuente et al., 2015).

Vzhledem k hojným zkušenostem s tímto dotazníkem byly pro zjištění sledovaných konstruktů využity právě části tohoto testu. Existují pak tři verze MBI testu, ale otázky do výzkumu k této diplomové práci byly vybrány z verze, určené pro administraci u zdravotních sester – takzvané MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory Human Services Survey) verze.

Depersonalizace (DE), kterou rozumíme určitý emoční odstup a odcizení se v tomto pojetí projevuje necitelností a neosobním přístupem k pacientům. Pracovní spokojenost (PA – Personal Accomplishment) pak zaznamenává pocit odborné způsobilosti a dosahování úspěchů při práci s pacienty.

Pracovní spokojenost má pozitivní valenci a s celkovým skórem vyhoření i jeho ostatními faktory (emocionální vyčerpání a depersonalizace) koreluje negativně. S emocionálním vyčerpáním koreluje pracovní spokojenost dle původních norem s korelačním koeficientem $r=-0,22$ a vztah s depersonalizací vystihuje Pearsonův koeficient $r=-0,26$. Každý respondent získá po vyplnění tři skóre pro každý faktor zvlášť. Výsledky pro každý vzorek by měly mít přibližně normální rozložení. Skóre spadající do horní třetiny skóre jsou považovány za vysoké, prostřední za průměrné a výsledky spadající do spodní třetiny za nízké (Masters, 2007).

MBI-HSS dotazník byl vyvinut v roce 1999. Škála byla vyvinuta ve spolupráci se zaměstnanci pomáhajících profesí, kteří mohou přicházet do složitých lidských interakcí (sestry, lékaři, zaměstnanci psychiatrických léčeben, učitelé, psychologové). Původní počet 47 otázek pak byl pomocí faktorové analýzy zredukován na 22 (Kanste, Miettunen & Kyngäs, 2006)

Klasický dotazník MBI je validním, reliabilním a jednoduše administrovatelným nástrojem pro zkoumání tendencí k profesnímu vyhoření i jeho dílčím faktorům. Co se výzkumu ve zdravotnictví týče, řada studií se zabývala i přímo setrami (Bühler & Land, 2003) nebo například lékařům (Sargent, Sotile, Sotile Rubash & Barrack, 2004). Test byl přeložen do řady jazyků včetně holandštiny, italštiny, arabštiny, čínštiny, švédštiny a řady dalších jazyků (Masters, 2007). Administrován pak byl zdravotním sestrám význačnými výzkumníky třeba v Austrálii (Happell, Martin & Pinikahana, 2003), Kanadě (Grunfeld et al., 2000) a řadě dalších zemích (Masters, 2007).

Test i jednotlivé faktory pak vykazují jednoznačně uspokojivou reliabilitu a napříč různými výzkumnými designy vysoké hodnoty vnitřní konzistence (Crobachova alfa). Maslach v manuálu k MBI hovoří o realibilitě s koeficientem 0,79 pro depersonalizaci a 0,71 pro pracovní spokojenost na vzorku 1300 respondentů (Maslach, 1996, podle Yuen, Lau, Shek & Lam, 2002). Salyers a Bond (2001) na švédských zdravotních sestrách

prokázaly reliabilitu 0,82 pro PA a 0,71 pro DE. Dotazník pak disponuje i uspokojivou test- retest reliabilitou. Dle Maslachova manuálu (Yuen et al., 2002) spolu test- retest výsledky korelují od $r=0,5$ do $r=0,72$ pro DE a od $r=0,57$ do $r=0,80$ pro PA.

Bylo tedy prokázáno, že je test dostatečně statisticky spolehlivý.

7.5.3 Pociťovaný zdravotní stav

Řada studií a knih (Breslau, Lipton, Stewart, Schultz & Welch, 2003; Tress, Krusse & Ott, 2008) podporuje silný, byť ne prokazatelně příčinný, vztah mezi zdravotním stavem a psychickým zdravím. Objektivní posouzení zdravotního stavu a zohlednění všech intervenujících a hlavně historických a dispozičních proměnných, ovlivňujících zdravotní stav u takového množství respondentů by bylo z metodologického pohledu nemožné. Proto byly pro účely této diplomové práce zkonstruovány vlastní položky pro posouzení subjektivně pociťovaného zdravotního stavu.

Co se týká identifikování zdravotních komplikací, byla v možnostech odpovědí zohledněna skutečnost, že zdravotní sestry trpí nejčastěji obtížemi psychosomatického původu, jako jsou bolesti hlavy, chronické záněty a únava (Ježorská & Beranová, 2012) a problémy, vycházející z fyzické náročnosti povolání jako jsou bolesti zad nebo nateklé nohy (Balková & Fürstová, 2012). Na to jsme soustředili své doplňující otázky.

7.6 Průběh sběru dat

Pro účely sběru dat k empirické části této diplomové práce bylo osloveno sedm jednotek intenzivní péče různých zdravotnických pracovišť. S žádostí o povolení ke sběru dat byly osloveny nejprve náměstkyně pro ošetrovatelství. Se schváleným výzkumným záměrem jsem pak mohla předstoupit k vrchním sestrám, které již distribuovaly dotazníky staničním sestrám na příslušných odděleních.

Koneční respondenti pak dostali třístránkový dotazník v obálce. Hned v jeho úvodu byli instruováni k postupu vyplňování jednotlivých otázek. Účely výzkumu však byly nastíněny probandům jen velice přibližně. Přesné znění názvu práce a konkrétní cíle výzkumu znaly náměstkyně pro ošetrovatelství a staniční sestry, ovšem u samotných zdravotních sester byla využita částečně takzvaná „single blind“ procedura, kdy respondenti neznají výzkumné záměry. To by mělo minimalizovat takzvané „to be a good subject“ (snahu být dobrým subjektem) tendence, které vedou ke zkreslení odpovědí. Ač jsou v anonymitě,

respondenti totiž často odpovídají tak, aby byli vnímáni v pozitivním světle místo, aby odpovídali zcela podle pravdy a upřímně.

První tři otázky se dotazovaly na demografické charakteristiky respondentů jako je věk, pohlaví a rodinný stav, dále následovala otázka na počet let praxe na jednotce intenzivní péče. Následující část dotazníku zjišťovala pocíťovaný zdravotní stav a jeho vliv na práci ve zdravotnictví. Tyto položky, jejichž zodpovězení je emocionálně trochu méně náročné, posloužily zároveň jako uvedení a byly zařazeny na začátek. Následovaly položky PSSS testu (Percieved social support scale – škála sociální opory) a poté otázky, vztahující se k míře depersonalizace a pracovní spokojenosti.

K dotazníku byla sestrám přiložena rovnou i zalepovací obálka, ve které po doplnění dotazník vrátili vrchním sestrám, tak mohly mít pocit zachování anonymity.

7.7 Vyhodnocení dat

Pro účely vyhodnocení dat byly použity programy Microsoft Excel 2007 a IBM SPSS. Do MS Excel byla zaznamenána datová matice, ze které byly poté číselné hodnoty přenášeny do statistického nástroje IBM SPSS. V IBM SPSS pak byly prováděny veškeré statistické analýzy, potřebné k zodpovězení výzkumných otázek. Kromě získání deskriptivních statistik jako středních hodnot (aritmetických průměrů, modusů a mediánů), směrodatných odchylek a dalších popisných údajů k jednotlivým zkoumaným konstruktům, byly sledovány vztahy mezi nimi. Kde to škála proměnných a povaha vztahu mezi nimi dovozovala, byla provedena korelační analýza. V případech, kde bylo nutné prověřit vliv některé z proměnných na více skupinách, byla pak využita analýza rozptylu (ANOVA). Analýza rozptylu je jakýmsi mnohonásobným porovnáváním, zkoumajícím střední hodnoty několika nezávislých skupin.

7.8 Etika výzkumu

V rámci zachování základních etických zásad výzkumu byla samozřejmě dodržena naprostá anonymita probandů. Protože dotazník obsahoval i otázky, týkající se vztahů s kolegy na pracovišti a hlavně nadřízenými, kterým později dotazník odevzdávaly, měly sestry možnost vzít si dotazníky z práce domů nebo kamkoliv jinam, kde cítily klid a komfort pro vyplňování. Ke každému dotazníku pak byla dodána zalepovací obálka, takže se sestry nemusely obávat, že se k těmto citlivým informacím dostane kdokoliv jiný, než autorka diplomové práce.

Ačkoliv nebyly zdravotní sestry na intenzivní péči vyloženě klamány, nelze hovořit o takzvané deception metodě a respondenti měli informace o základních cílech práce, provedla autorka práce v souladu se zásadami výzkumnické etiky i takzvaný debriefing. Po získání všech dotazníků z konkrétního pracoviště pak v tištěné formě doručila na místo dokument, uvádějící na pravou míru veškeré informace o zpracovávaném výzkumu, jeho cílech, účelech a přesném názvu.

Vzhledem k tomu, že nebylo možné získat klasický informovaný souhlas, ve kterém stvrzuje participant studie, že souhlasí s využitím informací pro výzkum s těmito cíli (nemohly být vypsány z důvodu zkreslení), byl využit takzvaný pasivní informovaný souhlas. Probandi tak byli seznámeni s tím, že účast ve výzkumu je na čistě dobrovolné bázi a že pokud se jej zúčastnit nechtějí, dotazník zkrátka neodevzdají.

8 Výsledky

8.1 Deskriptivní statistiky podle jednotlivých testů

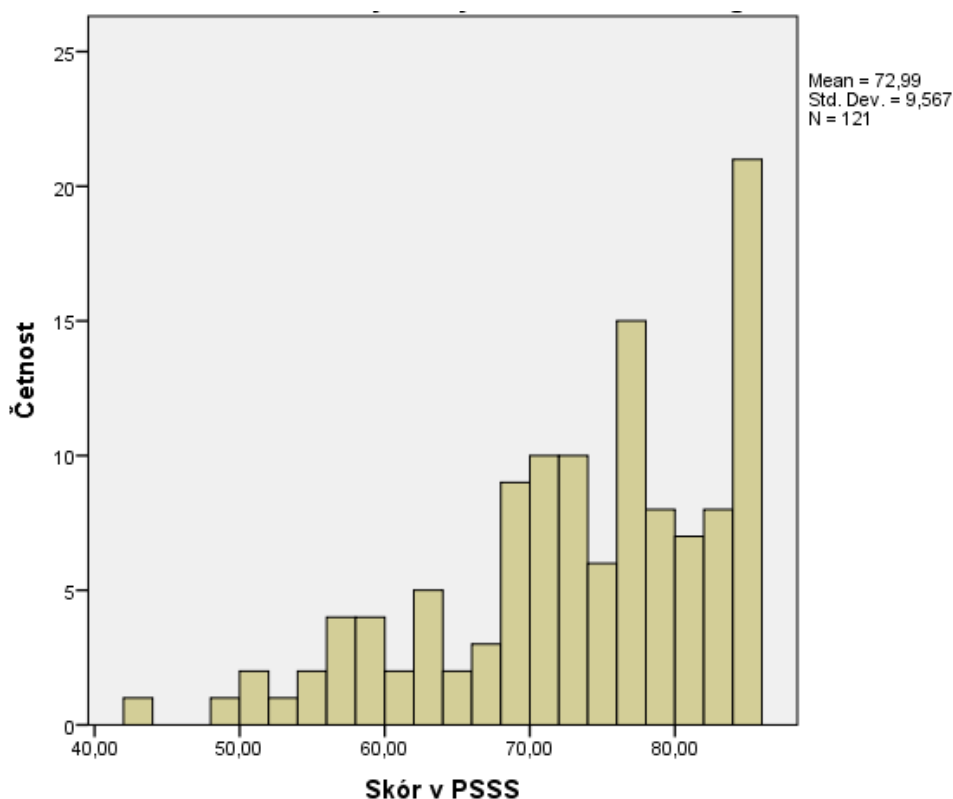
8.1.1 Sociální opora

Skór výsledků ve škále sociální opory je tvořen prostým součtem bodů za každou jednu otázku. Minimální počet bodů je tedy 12 (12x 1 bod) a maximální 84 (12x 7 bodů). Ve výzkumném vzorku byla pak zaznamenána průměrná hodnota necelých 73 bodů ($m=72,99$) s mediánem 75 ($med=75$) a modem, tedy nejčastější hodnotou, 84 ($mod=84$). Směrodatná odchylka je 9,6, minimální zaznamenané skóre bylo 43 bodů a nejvyšší celých 84 bodů.

Tabulka 4: SOCIÁLNÍ OPORA – POPISNÉ STATISTIKY

Platných N	121
Aritmetický průměr	72,9917
Medián	75,0000
Modus	84,00
Směrodatná odchylka	9,56687
Minimum	43,00
Maximum	84,00

Po hodnotě 84 s 21 výskyty bylo nejčastějším výsledkem ve škále sociální opory číslo 77 s 9 výskyty a dále 68, 70, 72 a 76 se 6 výskyty.

Graf 2: BODOVÉ VÝSLEDKY DLE ČETNOSTI V HISTOGRAMU**Tabulka 5: PSSS ANOVA pro srovnání průměrů dle rodinného stavu**

Rodinný stav	N	PSSS průměr	Směrodatná odchylka	Střední chyba průměru	95% interval spolehlivosti a průměry		Min.	Max.
					Spodní hranice	Horní hranice		
Svobodná	35	74,3429	8,26026	1,39624	71,5054	77,1804	53,00	84,00
Zadaná	31	73,7742	7,97793	1,43288	70,8479	76,7005	55,00	84,00
Vdaná	37	74,1351	9,75295	1,60338	70,8833	77,3869	51,00	84,00
Rozvedená	17	66,5882	12,44015	3,01718	60,1921	72,9844	43,00	84,00
Vdova	1	68,0000	.	.	.	.	68,00	68,00
Celkem	121	72,9917	9,56687	,86972	71,2698	74,7137	43,00	84,00

Pomocí ANOVA analýzy rozptylu bylo prověřováno, zda lze na 5 procentní hladině významnosti tvrdit, že úroveň pocítované sociální opory závisí na rodinném stavu. Ukázalo se sice, že průměry mezi skupinami se liší a jednoznačně nejnižších výsledků dosahují sestry rozvedené, nicméně výsledky vyšly nesignifikantně s hodnotou $\text{sig}=0,051$ ($> \alpha=0,05$), takže tento trend nemůžeme s dostatečnou statistickou jistotou potvrdit.

Tabulka 6: PSSS ANOVA - statistiky

	Součet čtverců	df	Průměrné čtverce	F	Sig.
Mezi skupinami	853,245	4	213,311	2,443	,051
Uvnitř skupin	10129,747	116	87,325		
Celkem	10982,992	120			

Míra sociální opory pak není závislá ani na věku. Vyšla pouze lehká negativní a hlavně nesignifikantní ($\text{sig}=0,263 > 0,05$) korelace pro Pearsonův korelační koeficient $r = -0,103$.

Tabulka 7: KORELACE MEZI PSSS A VĚKEM

		psss	věk
PSSS	Pearsonův koeficient	1	-,103
	Sig. (2-tailed)		,263
	N	121	121
Věk	Pearsonův koeficient	-,103	1
	Sig. (2-tailed)	,263	
	N	121	121

Nejvyšší míru sociální opory zdravotní sestry na intenzivní péči pocítují ze strany *významných druhých (significant others)*. Hovoří o tom průměrné hodnoty vyhodnocených otázek k jednotlivým zdrojům sociální opory. Významní druzí bývají s průměrem 25,47 hodnoceni nejlépe, následuje podpora ze strany rodinných příslušníků ($m=23,79$) a poté ze strany přátel ($m=23,72$). O poznání méně se dostává sociální opory zdravotním sestrám na intenzivní péči ze strany jejich kolegyň ($m=20,51$). Průměry byly srovnávány na základě ANOVA testu rozptylu a jeho výsledky jsou na 5 procentní hladině signifikantní ($\text{sig}=0$). Můžeme tak zamítnout pracovní nulovou hypotézu a rovných průměrech ve skupinách.

Tabulka 8: POCIŤOVANÁ SOCIÁLNÍ OPORA DLE ZDROJŮ

Rodinný stav	N	Průměr	Směrodatná odchylka	Střední chyba průměru	95% interval spolehlivosti a průměry		Min.	Max.
					Spodní hranice	Horní hranice		
Sig. Others	121	25,4711	3,11200	,28291	24,9109	26,0312	14,00	28,00
Rodina	121	23,7934	4,44394	,40399	22,9935	24,5933	5,00	28,00
Přátelé	121	23,7273	3,99375	,36307	23,0084	24,4461	8,00	28,00
Kolegové	121	20,5124	4,61540	,41958	19,6817	21,3431	6,00	28,00
Celkem	484	23,3760	4,44929	,20224	22,9787	23,7734	5,00	28,00

Tabulka 9: ZDROJE SOCIÁLNÍ OPORY – ANOVA STATISTIKY

	Součet čtverců	df	Průměrné čtverce	F	Sig.
Mezi skupinami	1559,347	3	519,782	31,178	,000
Uvnitř skupin	8002,215	480	16,671		
Celkem	9561,562	483			

Když ale měli respondenti vedle sebe srovnat míru sociální opory od jednotlivých skupin a vybrat tak záměrně nejdůležitější zdroj, vyšlo několik zajímavých zjištění a pořadí dle pocíťované opory se změnilo. Na otázku:

„Lidé, kteří jsou mi ochotni pomoci a podpořit mě, když jsem v nesnázích, jsou:“

bodovali nejvyššími skóry členové rodiny, poté přátelé, kolegové a až na posledním místě byli nadřízení. I tady pak byla na 5 procentní hladině významnosti prověřena signifikance srovnání průměrů ($\text{sig} < 0,05$).

Tabulka 10: ZDROJE SOCIÁLNÍ OPORY DLE PRŮMĚRŮ

Zdroj SO	N	Průměr	Směrodatná odchylka	Střední chyba průměru	95% interval spolehlivosti a průměry		Min.	Max.
					Spodní hranice	Horní hranice		
Rodina	121	6,2066	1,19664	,10879	5,9912	6,4220	1,00	7,00
Přátelé	121	5,8512	1,21560	,11051	5,6324	6,0700	1,00	7,00
Kolegové	121	4,9256	1,35502	,12318	4,6817	5,1695	,00	7,00
Nadřízení	121	4,0083	1,71024	,15548	3,7004	4,3161	,00	7,00
Total	484	5,2479	1,62425	,07383	5,1029	5,3930	,00	7,00

Tabulka 11: ZDROJE SO DLE PRŮMĚRŮ – ANOVA STATISTIKY

	Součet čtverců	df	Průměrné čtverce	F	Sig.
Mezi skupinami	353,769	3	117,923	61,493	,000
Uvnitř skupin	920,479	480	1,918		
Celkem	1274,248	483			

8.1.2 Pociťovaný zdravotní stav

Aby mohl být sledován vztah psychického stavu a jeho konkrétních aspektů, na to, jak se zdravotní sestry cítí po fyzické stránce, zahrnoval test i pět takto orientovaných otázek vlastní konstrukce. Otázky zjišťovaly vnímaný zdravotní stav a orientovaly se zejména na obtíže, spojené přímo s výkonem povolání sester na intenzivní péči. Tyto obtíže mohou mít často povahu psychosomatických onemocnění, která podle literatury, vzhledem ke stresujícímu a hektickému pracovnímu prostředí, stojí za velkou částí všech zdravotních problémů sester, pracujících na odděleních intenzivní péče.

Respondenti byli vyzváni, aby na pětibodové škále ohodnotili svůj celkový pociťovaný zdravotní stav, kdy hodnota 1 znamená výborný stav a hodnota 5 velice špatný zdravotní stav. Nejčastěji vyplnili respondenti hodnotu 2 – „*svůj stav hodnotím jako dobrý*“. Neutrálně, tedy jako dobrý, ohodnotilo vnímaný stav 54,5 procent. 26,4 procenta pak odpovědělo, že svůj celkový zdravotní stav považují za celkem uspokojivý a pouze 13,2 procenta o něm hovoří jako o výborném. Bezmála 6 procent (5,8 procent) už ale označuje stav svého fyzického zdraví jako neuspokojivý, ale jako o vyloženě špatném o svém zdraví nesmýšlel ani jeden z respondentů. Průměrná hodnota pociťovaného zdravotního stavu pak byla 2,25 ($m=2,25$) s mediánem 2 a stejnou hodnotou pro modus ($mod=2$). Zaznamenaná směrodatná odchylka byla 0,76.

Tabulka 12: ZDRAVOTNÍ STAV – POPISNÉ STATISTIKY

N	Platné	121
	Chybějící	0
Aritmetický průměr		2,2479
Medián		2,0000
Modus		2,00
Směrodatná odchylka		,75588
Minimum		1,00
Maximum		4,00

Tabulka 13: HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU DLE ČETNOSTI

		Četnost	%	Platných %	Kumulativních %
Valid	1,00	16	13,2	13,2	13,2
	2,00	66	54,5	54,5	67,8
	3,00	32	26,4	26,4	94,2
	4,00	7	5,8	5,8	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

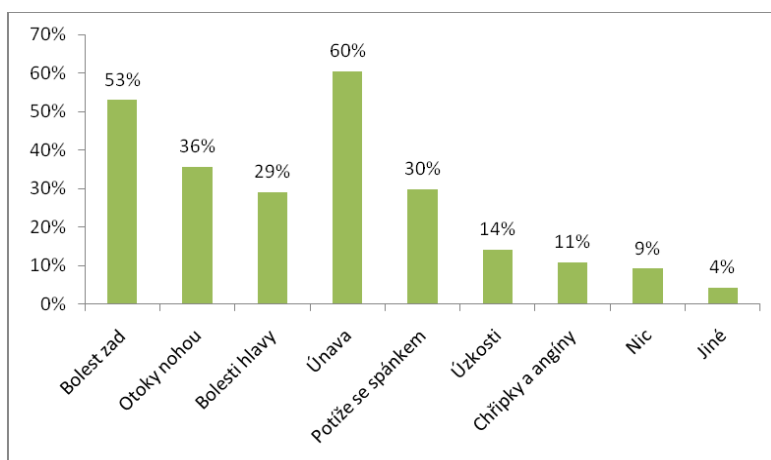
Ze 121 dotazovaných zdravotních sester bylo 11 za poslední rok nějakou dobu v pracovní neschopnosti. U 9 procent sester, které se ze zdravotních důvodů nemohly dostavit do zaměstnání lze zaznamenat průměrnou dobu strávenou v pracovní neschopnosti 13,8 dne, tedy necelé dva týdny. Nejkratší dobu ze zkoumaného vzorku strávila respondentka se 2 dny a nejvíce se 45 dny neschopnosti. Směrodatná odchylka této statistiky činila 13,81.

Tabulka 14: POČET DNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

	N	Minimum	Maximum	Průměr	Sm. odchylka
Počet dní pracovní neschopnosti	11	2,00	45,00	13,8182	13,01398

V otázce na to, jaké ze zdravotních důvodů respondenty v poslední době trápí, odpovídají v celých 60 procentech případů, že pociťují především únavu, bolesti zad (v 53 procentech) a mezi další časté obtíže patří i otoky nohou (36 procent). Převažují tedy zdravotní komplikace, vycházející pravděpodobně zejména ze samotné povahy profesní náplně a její fyzické náročnosti. I potíže spíše psychosomatického rázu mají nicméně silné zastoupení. Se spánkem mají sestry problémy ve třetině případů, stejně jako s bolestí hlavy (29 procent) a úzkosti trápí 14 procent z nich.

Graf 3: VÝSKYT ZDRAVOTNÍCH KOMPLIKACÍ V PROCENTECH



V otázce číslo 8 měli respondenti vybrat jedno z pěti tvrzení, které nejvíce odpovídá tomu, jaké mají stanovisko ke svému celkovému zdravotnímu stavu. Pouhá pětina (19 procent) dotazovaných zdravotních sester v této otázce odpověděla, že je netrápí vůbec žádné potíže s fyzickým zdravím. Skoro šest z deseti (59 procent) dotazovaných pak hovoří o tom, že sice nějaké zdravotní problémy zaznamenávají, ovšem považují je za přirozenou součást života, která je netrápí. 18 procentům dotazovaných pak pociťované zdravotní problémy citelně zasahují do každodenního života a dělají jim starosti zejména s výhledem do budoucnosti.

Graf 4: VÝSKYT ZDRAVOTNÍCH KOMPLIKACÍ V PROCENTECH



Zajímavým zjištěním je pak například i to, že drtivá většina dotazovaných, sice celých 112 ze 121 respondentů (92,6 procent) odpovědělo, že do práce chodí, i když se cítí nemocní. Opak potvrdilo pouze 9 z nich. Jen 7,4 procenta ze sester tak zůstává v nemoci doma či vyhledá odbornou pomoc. Zůstává tak otázkou, nakolik se lze řídit odpověďmi na otázku číslo 6 o počtu dní, strávených v pracovní neschopnosti. Sestry na intenzivní péči jsou totiž evidentně zvyklé zdravotní potíže přecházet.

Tabulka 15: CHODÍTE DO PRÁCE NEMOCNÉ?

Chodíte do práce nemocné?	Četnost	%	Platných %	% kumulativně
Ano	112	92,6	92,6	92,6
Ne	9	7,4	7,4	100,0
Celkem	121	100,0	100,0	

Potvrdil se pak i intuitivní předpoklad o závislosti zdravotního stavu na věku respondentů. Se zvyšujícím se věkem se totiž i významně zvyšuje negativní hodnocení vlastního zdravotního stavu. Pearsonův korelační koeficient r činí 0,185 ($r=0,185$, $\text{sig}=0,042<0,05$).

Tabulka 16: KORELACE VĚK x ZDRAVOTNÍ STAV

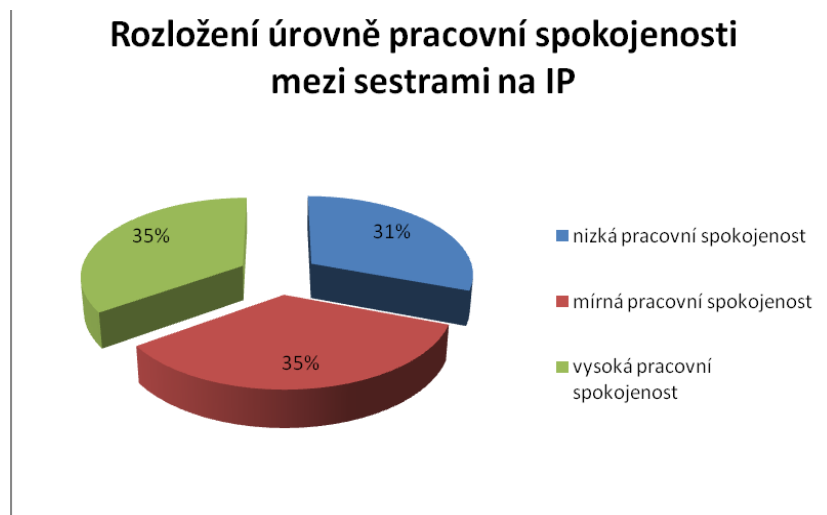
		Zdravotní stav	věk
Zdravotní stav	Pearsonův koeficient	1	,185
	Sig. (2-tailed)		,042
	N	121	121
Věk	Pearsonův koeficient	,185	1
	Sig. (2-tailed)	,042	
	N	121	121

8.1.3 Pracovní spokojenost

Pro zjištění pracovní spokojenosti či pracovního uspokojení byla využita část z baterie dotazníku MBI. Otázky byly umístěny v jedné tabulce spolu s položkami pro zjištění míry depersonalizace. V rámci dotazníku MBI jsou otázky, vztahující se k pracovní spokojenosti na rozdíl od jeho ostatních faktorů laděné pozitivně a s celkovým skórem testu korelují negativně. Dle původního manuálu je pak míra pracovní spokojenosti posuzována dle následujících kritérií. Hodnoty v rozmezí 0 až 31 bodů vypovídají o nízké

míře pracovní spokojenosti, rozmezí 32 až 38 bodů o mírné spokojenosti a o respondentech s výsledkem od 39 do 56 bodů budeme hovořit jako o vysoce pracovně spokojených.

Graf 5: ROZLOŽENÍ ÚROVNĚ PRACOVNÍ SPOKOJENOSTI



Rozložení úrovně pracovní spokojenosti ve zkoumaném vzorku je poměrně rovnoměrné. Maximální počet bodů v testu je tedy 56 bodů. Nízké úrovně od 0 do 31 bodů dosáhlo 37 procent respondentů, mírnou pracovní spokojenost pak zaznamenalo skoro 35 procent ze sester, což je stejná hodnota jako u podílu sester s vysokou pracovní spokojeností (34,7 procenta).

Průměrná naměřená hodnota pracovní spokojenosti byla 35 bodů, což je zároveň i mediánem a modem. Stejně často jako této hodnoty (devětkrát) ale dosáhli probandi i součtu 39 bodů. Minimem v naměřených datech byla hodnota 11 a největší pracovní spokojenost vykazala zdravotní sestra s hodnotou 56 bodů. Směrodatná odchylka je pak přibližně 9.

Tabulka 17: PRACOVNÍ SPOKOJENOST- POPISNÉ STATISTIKY

N	Validní	121
	Chybějící	0
Průměr		35,0413
Medián		35,0000
Modus		35,00a
Směrodatná odchylka		9,02071
Minimum		11,00
Maximum		56,00

Vliv věku na pracovní spokojenost se v rámci korelační analýzy neprokázal ($r=0,065$, $\text{sig}=0,481$) a jako prediktor spokojenosti nepůsobí ani počet let praxe.

8.1.4 Depersonalizace

Rozložení míry depersonalizace podle jednotlivých stupňů je už méně rozmanité. Vysokou míru depersonalizace vykazala takřka čtvrtina dotazovaných (23 procent), u dalších 26 procent zdravotních sester lze hovořit o mírném stupni depersonalizace a zbylých 51 procent dosáhlo výsledku od 6 bodů méně a bylo tak zařazeno do skupiny s nízkým stupněm depersonalizace.

Průměrná hodnota v této části testu je 8,1 ($m=8,1$) s mediánem 6 ($\text{med}=6$) a směrodatnou odchylkou 27. Nejmenší hodnota je 0 a nejvyššího výsledku dosáhl jedinec se skórem 27 z celkového počtu 35 možných bodů.

Graf 6: ROZLOŽENÍ DLE STUPŇŮ MÍRY DEPERSONALIZACE



Tabulka 18: DEPERSONALIZACE – POPISNÉ STATISTIKY

N	Validní	121
	Chybějící	0
Průměr		8,1074
Medián		6,0000
Modus		,00
Směrodatná odchylka		7,07908
Minimum		,00
Maximum		27,00

Vliv věku ani počtu let praxe na míru depersonalizace se neprokázal. Částečně však míru depersonalizace predikuje rodinný stav. Největší míry depersonalizace totiž dosahovaly svobodné zdravotní sestry ($m=9,08$), překvapivě vysokého čísla s průměrem 8,88 dosáhly zadané (svobodné) sestry, rozvedené sestry vykázaly průměrnou hodnotu 7,11 a nejnižší míru depersonalizace zaznamenaly sestry vdané ($m=6,94$).

Tabulka 19: DEPERSONALIZACE A RODINNÝ STAV - ANOVA

Rodinný stav	N	Průměr	Směrodatná odchylka	Střední chyba průměru	95% interval spolehlivosti a průměry		Min.	Max.
						Spodní hranice	Horní hranice	
Svobodná	35	9,0857	7,24922	1,22534	6,5955	11,5759	,00	27,00
Zadaná	31	8,8710	7,53544	1,35340	6,1069	11,6350	,00	26,00
Vdaná	37	6,9459	6,40289	1,05263	4,8111	9,0808	,00	21,00
Rozvedená	17	7,1176	7,60660	1,84487	3,2067	11,0286	,00	26,00
Vdova	1	10,0000	.	.	.	.	10,00	10,00
Celkem	121	8,1074	7,07908	,64355	6,8332	9,3816	,00	27,00

8.2 Prověření hypotéz

Pro zodpovězení výzkumných otázek a vyhodnocení stanovených hypotéz bylo využito korelační analýzy, případně analýzy rozptylu ANOVA pro srovnávání průměrů mezi více skupinami respondentů.

H1: Existuje statisticky významný vztah mezi úrovní sociální opory a mírou pracovní spokojenosti.

Mezi výsledky v testu škály sociální opory a mírou pracovní spokojenosti byla nalezena signifikantní ($\text{sig}=0,006 < 0,01$) slabá až středně silná korelace s Pearsonovým korelačním koeficientem $r=0,249$ a Spearmanovým koeficientem $\rho=0,278$ ($\text{sig}=0,002 < 0,01$). Potvrdilo se tak očekávání, že bude nalezen statisticky významný vztah mezi těmito proměnnými.

Na základě tohoto výsledku můžeme zamítnout první nulovou hypotézu ($r=0$) a naopak nemůžeme zamítnout hypotézu H1 o tom, že existuje významný vztah mezi výsledky ve škále sociální opory (PSSS) a testu pracovní spokojenosti. Výsledky nasvědčují tomu, že

tento vztah existuje a sociální opora působí v kontextu pracovní spokojenosti jako protektivní faktor.

Tabulka 20: KORELACE MEZI PSSS A PRACOVNÍ SPOKOJENOSTÍ

		PSSS	Prac. spokojenost
PSSS	Pearsonův	1	,249**
	koeficient		
	Sig. (2-tailed)		,006
	N	121	121
Pracovní spokojenost	Pearsonův	,249**	1
	koeficient		
	Sig. (2-tailed)	,006	
	N	121	121

Tabulka 21: KORELACE MEZI PSSS A PRACOVNÍ SPOKOJENOSTÍ – SPEARMANOVO RHO

			PSSS	Pracovní spokojenost
Spearmanovo rho	PSSS	Korelační	1,000	,278**
		koeficient		
		Sig. (2-tailed)	.	,002
		N	121	121
	Pracovní spokojenost	Korelační	,278**	1,000
		koeficient		
		Sig. (2-tailed)	,002	.
		N	121	121

H2: Existuje statisticky významný vztah mezi úrovní sociální opory a mírou depersonalizace.

Mezi výsledky v testu škály sociální opory (PSSS) a mírou depersonalizace u zdravotních sester na intenzivní péči byla nalezena nesignifikantní ($\text{sig}=0,063 > 0,05$) slabá negativní korelace s Pearsonovým korelačním koeficientem $r=-0,169$ a signifikantní slabá až střední negativní korelace pro Spearmanův koeficient $\rho=-0,2$ ($\text{sig}=0,028 < 0,05$). Potvrdilo se tak očekávání, že bude nalezen statisticky významný vztah mezi těmito proměnnými.

Na základě tohoto výsledku můžeme zamítnout nulovou hypotézu ($r=0$) a naopak nemůžeme zamítnout hypotézu H2 o tom, že existuje významný vztah mezi výsledky ve

škále sociální opory (PSSS) a mírou depersonalizace. Výsledky nasvědčují tomu, že tento vztah existuje a proměnné se negativně ovlivňují.

Tedy čím větší sociální opory se jedinci dostává, tím nižší by měla být míra depersonalizace.

Tabulka 22: KORELACE MEZI PSSS A DEPERSONALIZACÍ

		PSSS	Depersonalizace
PSSS	Pearsonův koeficient	1	-,169
	Sig. (2-tailed)		,063
	N	121	121
Depersonalizace	Pearsonův koeficient	-,169	1
	Sig. (2-tailed)	,063	
	N	121	121

Tabulka 23: KORELACE MEZI PSSS A DEPERSONALIZACÍ – SPEARMANOVO RHO

		PSSS	Depersonalizace
Spearmanovo rho PSSS	Korelační koeficient	1,000	-,200*
	Sig. (2-tailed)	.	,028
	N	121	121
Depersonalizace	Korelační koeficient	-,200*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,028	.
	N	121	121

H3: Existuje statisticky významný vztah mezi úrovní sociální opory a subjektivně prožívaného zdravotního stavu.

Vzhledem k tomu, že v případě hodnocení vlastního zdravotního stavu nelze hovořit o normálním rozložení a v Kolmogorov-Smirnově i Shapiro-Wikově testu normality vyšla hodnota signifikace nulová ($0 < 0,05$), byl pro sledování vztahu mezi mírou sociální opory a pocíťovaným zdravotním stavem použit namísto korelační analýzy ANOVA test rozptylu hodnot. Vzorek byl rozdělen do 4 skupiny, podle toho, jakou hodnotou ohodnotili svůj zdravotní stav. Mezi těmito skupinami pak byly v rámci ANOVA analýzy rozptylu srovnávány průměry.

Tabulka 24: ZDRAVOTNÍ STAV – TEST NORMALITY

	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Statistika	df	Sig.	Statistika	df	Sig.
Zdravotní stav	,306	121	,000	,837	121	,000

ANOVA analýza rozptylu pak sice ukázala, že průměrná hodnota ve škále sociální opory se v závislosti na pocítovaném zdravotním stavu mění, ovšem pouze na nesignifikanční hladině ($\text{sig}=0,174 > 0,05$), tedy nelze vyvrátit H_0 o rovných průměrech v jednotlivých skupinách podle zdravotního stavu ($m_1=m_2=m_3=m_4$).

Tabulka 25: ZDRAVOTNÍ STAV A PSSS - ANOVA

Pocítovaný zdravotní stav	N	Průměr	Směrodatná odchylka	Střední chyba průměru	95% interval spolehlivosti a průměry		Min.	Max.
					Spodní hranice	Horní hranice		
Výborný	16	75,5000	10,28267	2,57067	70,0208	80,9792	48,00	84,00
Dobry	66	72,2879	9,78816	1,20484	69,8816	74,6941	43,00	84,00
Uspokojivý	32	71,8125	9,02126	1,59475	68,5600	75,0650	54,00	84,00
Neuspokojivý	7	79,2857	5,64843	2,13491	74,0618	84,5096	70,00	84,00
Celkem	121	72,9917	9,56687	,86972	71,2698	74,7137	43,00	84,00

Tabulka 26: ZDRAVOTNÍ STAV A PSSS – ANOVA STATISTIKY

	Součet čtverců	df	Průměrné čtverce	F	Sig.
Mezi skupinami	455,158	3	151,719	1,686	,174
Uvnitř skupin	10527,834	117	89,981		
Celkem	10982,992	120			

Na základě tohoto výsledku tak nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu H_{30} ($m_1=m_2=m_3=m_4$) a nemůžeme tedy ani potvrdit hypotézu H_3 o tom, že existuje významný vztah mezi výsledky ve škále sociální opory (PSSS) a pocítovaným zdravotním stavem. Výsledky nasvědčují tomu, že vztah mezi mírou sociální opory a pocítovaným zdravotním stavem neexistuje a tyto proměnné se navzájem neovlivňují.

H4: Sestry na intenzivní péči označují za zdroj sociální opory signifikantně častěji rodinu, přátele a takzvané významné druhé než kolegy a nadřízené.

Průměrné hodnoty sociální opory od jejích dílčích zdrojů byly srovnávány pomocí ANOVA testu. Podle očekávání pak přisoudili respondenti pracovním kolegům jako zdrojům sociální opory statisticky nejnižší hodnoty ($m_4=20,51 < m_3=23,72 < m_2=23,79 < m_1=25,47$). Hodnota signifikance se pak blížila nule ($\text{sig}=0 < 0,05$).

Můžeme tak vyvrátit čtvrtou nulovou hypotézu H_{40} o rovných průměrech všech skupin a naopak nemůžeme vyvrátit H_4 , podle které jsou kolegové v práci u zdravotních sester na intenzivní péči nejméně častým zdrojem sociální opory.

Můžeme tak s dostatečnou statistickou spolehlivostí potvrdit, že sestry cítí výrazně vyšší sociální oporu ze strany rodiny, přátel a významných druhých než od kolegů.

Tabulka 27: ZDROJE SOCIÁLNÍ OPORY - ANOVA

Rodinný stav	N	Průměr	Směrodatná odchylka	Střední chyba průměru	95% interval spolehlivosti a průměry		Min.	Max.
					Spodní hranice	Horní hranice		
Významní ostatní	121	25,4711	3,11200	,28291	24,9109	26,0312	14,00	28,00
Rodina	121	23,7934	4,44394	,40399	22,9935	24,5933	5,00	28,00
Přátelé	121	23,7273	3,99375	,36307	23,0084	24,4461	8,00	28,00
Kolegové	121	20,5124	4,61540	,41958	19,6817	21,3431	6,00	28,00
Celkem	484	23,3760	4,44929	,20224	22,9787	23,7734	5,00	28,00

Tabulka 28: ZDROJE SOCIÁLNÍ OPORY – ANOVA STATISTIKY

	Součet čtverců	df	Průměrné čtverce	F	Sig.
Mezi skupinami	1559,347	3	519,782	31,178	,000
Uvnitř skupin	8002,215	480	16,671		
Celkem	9561,562	483			

H5: Sestry vykazující vysokou míru depersonalizace vykazují signifikantně nižší pracovní spokojenost.

Mezi výsledky v položkách pro měření míry depersonalizace a celkovou pracovní spokojeností u zdravotních sester na intenzivní péči byla nalezena nesignifikantní ($\text{sig}=0,165 > 0,05$) slabá negativní korelace s Pearsonovým korelačním koeficientem, konkrétně $r=-0,127$ a signifikantní slabá až střední negativní korelace pro Spearmanův koeficient $\rho=-0,208$ ($\text{sig}=0,028 < 0,05$). Potvrdilo se tak očekávání, že bude nalezen statisticky významný vztah mezi těmito proměnnými.

Na základě tohoto výsledku můžeme zamítnout nulovou hypotézu ($r=0$) a naopak nemůžeme zamítnout hypotézu H5 o tom, že existuje významný vztah mezi výsledky v míře zaznamenané depersonalizace a pracovní spokojeností. Výsledky nasvědčují tomu, že tento vztah existuje a depersonalizace negativně ovlivňuje pracovní spokojenost sester.

Tabulka 29: KORELACE MEZI PRACOVNÍ SPOKOJENOSTÍ A DEPERSONALIZACÍ

		Depersonalizace	Pracovní spokojenost
Depersonalizace	Pearsonův koeficient	1	-,127
	Sig. (2-tailed)		,165
	N	121	121
Pracovní spokojenost	Pearsonův koeficient	-,127	1
	Sig. (2-tailed)	,165	
	N	121	121

Tabulka 30: KORELACE MEZI PRACOVNÍ SPOKOJENOSTÍ A DEPERSONALIZACÍ – SPEARMOVO RHO

			Depersonalizace	Pracovní spokojenost
Spearmanovo rho	Depersonalizace	Korelační koeficient	1,000	-,208*
		Sig. (2-tailed)	.	,022
		N	121	121
	Pracovní spokojenost	Korelační koeficient	-,208*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,022	.
		N	121	121

8.3 Shrnutí výsledků

1. *Mezi sociální oporou a pracovní spokojeností u sester na intenzivní péči byl nalezen statisticky významný vztah a ukázalo se tak, že sociální opora ze strany rodiny, přátel i kolegů může zvyšovat celkovou spokojenost s prací.*
 - Mezi výsledky v testu škály sociální opory a mírou pracovní spokojenosti byla nalezena ($\text{sig}=0,006 < 0,01$) slabá až středně silná korelace s Pearsonovým korelačním koeficientem $r=0,249$ a Spearmanovým koeficientem $\rho=0,278$ ($\text{sig}=0,002 < 0,01$).
 - Na základě toho tak nelze vyvrátit hypotézu H1
2. *Mezi výsledky v testu škály sociální opory (PSSS) a mírou depersonalizace u zdravotních sester na intenzivní péči byla nalezena signifikantní slabá až střední negativní korelace pro Spearmanův koeficient $\rho=-0,2$ ($\text{sig}=0,028 < 0,05$). Se zvyšující se sociální oporou tak klesá vliv depersonalizace a o sociální opoře lze v tomto smyslu hovořit jako o protektivním faktoru.*
 - Nelze tak zamítnout hypotézu H2 o významném vztahu mezi výsledky ve škále sociální opory a mírou depersonalizace.
3. *Nelze však hovořit o vlivu sociální opory na pociťovaný zdravotní stav. Skupiny, popisující svůj prožívaný zdravotní stav na škále od 1 do 5 sice vykazovaly různé průměry ve škále sociální opory PSSS, výsledek ale nebyl v rámci analýzy ANOVA signifikantní ($\text{sig}=0,174 > 0,05$).*
 - Nelze tak vyvrátit nulovou hypotézu o rovnosti průměrů dílčích skupin a můžeme naopak vyvrátit hypotézu H3 o vztahu sociální opory a subjektivního zdravotního stavu.
4. *Zdravotní sestry na intenzivní péči pociťují významně menší sociální oporu od kolegů a nadřízených než od přátel, rodiny a významných druhých.*
 - Výsledky ANOVA analýzy rozptylu potvrdily, že kolegové a nadřízení jsou při hodnocení pociťované sociální opory označováni nejmenšími hodnotami. Sestry na intenzivní péči označují za zdroj sociální opory

signifikantně častěji rodinu než kolegy a nadřízené ($20,51 < m_3 = 23,72 < m_2 = 23,79 < m_1 = 25,47$).

- Můžeme tak vyvrátit čtvrtou nulovou hypotézu H_{40} o rovných průměrech všech skupin a naopak nemůžeme vyvrátit H_4 , podle které jsou kolegové v práci u zdravotních sester na intenzivní péči nejméně častým zdrojem sociální opory.

5. *Potvrdil se rovněž vliv depersonalizace na celkovou pracovní spokojenost. Čím vyšší míru depersonalizace zdravotní sestry na intenzivní péči cítí, tím méně jsou v práci spokojení.*

- Mezi výsledky v dotazníku pro měření míry depersonalizace a pracovním uspokojením byla totiž u zdravotních sester na intenzivní péči zaznamenána signifikantní slabá až střední negativní korelace pro Spearmanův koeficient $\rho = 0,208$ ($\text{sig} = 0,028 < 0,05$).
- Potvrdilo se tak očekávání, že bude nalezen statisticky významný vztah mezi těmito proměnnými a hypotéza H_5 nebyla vyvrácena.

8.4 Limity designu

Mezi možné nedostatky výzkumu lze zařadit například to, že respondenti neměli naprosto stejné podmínky pro vyplňování testů a dotazníků. Zdravotní sestry měly možnost vzít si dotazníky domů nebo kamkoliv jinam, kde by se jim vyplňovaly komfortně, nicméně lze očekávat, že velká část z nich je vyplnila ve volných chvílích přímo na pracovišti, kde jim byly dotazníky předány. Často rušné prostředí tak mohlo respondenty mírně rozptylovat a zdravotní sestry odpovědím nemusely věnovat dostatečnou pozornost. Zároveň ale mohly sestry cítit obavy z toho, že se k jejich dotazníku dostanou nadřízení, kterým dotazníky odevzdávaly. Byť zalepovaly testy do obálky, samotná přítomnost na pracovišti mohla v tomto smyslu výkon v testech ovlivňovat. Naprosté srovnání podmínek respondentů jako je denní doba, zda jsou po směně, nebo úplně o samotě, by bylo metodologicky velice náročné, ale teoreticky by za cenu menší návratnosti bylo možné v instrukcích specifikovat, zda mají dotazník doplňovat sestry na pracovišti nebo doma.

Další rezervu lze najít v nastavení širší škály pro zaznamenávání pocíťovaného zdravotního stavu. V otázce vlastní konstrukce jej sestry hodnotí na škále od 1 do 5. Zpětně lze ale říci, že například desetistupňová škála by pro naše účely byla vhodnější. Zaznamenávala by totiž jemnější nuance mezi tím, jak se sestry cítí.

Z metodologického hlediska bylo lehce sporné i rozhodnutí provést takzvanou single blind proceduru, kdy subjekty nejsou seznámeny s přesnými účely výzkumu. Na nevyplnění názvu práce v úvodu dotazníku si dokonce dva respondenti v prostoru pro poznámky stěžovali. Důvodem této metody byla snaha zamezit tomu, aby zdravotní sestry odhalily cíle výzkumu a v rámci tendence „to be a good subject“ (být dobrým subjektem), odpovídaly tak, jak si myslí, že je to správné místo odpovědí upřímných. Vzhledem k tomu, že byl po sběru dat proveden takzvaný debriefing a účely výzkumu byly zpětně uvedeny na pravou míru, považujeme tento krok za obhajitelný a vědecky korektní.

9 Diskuze a závěry

Sociální oporou, tedy tématem, které prolíná celou tuto diplomovou práci, se začaly zabývat výzkumníci výrazněji především od 70. let dvacátého století. Už tehdy pak bylo spolehlivě prověřeno, že sociální opora působí jako protektivní faktor proti řadě psychických, ale i fyzických komplikací (Caplan, 1974; Cobb, 1976).

Sociální opora je preventivní faktor pro vypořádávání se stresem (Hamaideh, Mrayyan, Mudallal, Faouri & Khasawneh, 2008). Další práce ukazují, že sociální opora zvedá celkový well-being hlavně u osob, které jsou permanentně ve stresu. Dokonalou ukázkou stresujícího prostředí je pak hektický provoz zdravotnických zařízení a práce zdravotních sester. V mnoha zemích je situace ve zdravotnictví typická úbytkem a celkovým nedostatkem zdravotních sester. To nemá na svědomí pouze demografický vývoj a rozšiřování kapacity jednotek intenzivní péče, ale rovněž vysoké nároky na výkon povolání a náročnost této profese (Goetz, Beutel, Mueller, Trierweiler-Hauke & Mahler, 2012).

Celkově je práce zdravotních sester náročná co do objemu pracovní náplně, fyzické náročnosti, ale i zodpovědnosti. Práce zdravotních sester na intenzivní péči je pak v tomto smyslu emocionálně i fyzicky ještě náročnější a vyžaduje vyšší kvalifikaci sester (Lakanmaa et al., 2014). Vysoké nároky a práce v tomto prostředí mohou snadno negativně ovlivňovat psychický stav sester a vyvolávat takzvaný syndrom vyhoření. Psychické zdraví sester je přitom jeden z nejpodstatnějších předpokladů poskytování správné péče pacientům (Goetz et al., 2012).

Studie Fonga (1992) identifikovala sociální oporu jako jednu z nejzásadnějších proměnných ovlivňujících pracovní výkon u sester. Zásadní je samozřejmě význam všech zdrojů sociální opory, včetně rodiny a přátel. Ukazuje se ale, že při vyrovnávání se se stresem hraje významnou roli i sociální opora od kolegů a nadřízených. Například ve výzkumu AbuAIRuba (2004) vykazovaly sestry s vyšší sociální oporou od kolegů méně stresu (korelace mezi mírou pocíťovaného stresu a sociální opory pro $r=-0,1$).

Ač by tomu tak mělo být, ve skutečnosti ale není sdílení problémů a nespokojenosti mezi zdravotními sestrami běžnou praxí, protože se sestry často bojí hodnocení a postihů ze strany zaměstnavatele. Mají zkrátka často potíže sdílet své pocity a starosti na pracovišti se svými kolegy, aby nevybočovaly z davu či nepůsobily zranitelně. Zpravidla tak sdílejí své starosti a pracovní problémy spíše se svými rodinami než spolupracovníky (Li & Lambert, 2008).

Velký průzkum České asociace sester na datech z 6000 dotazníků zjistil, že si 60 procent zdravotních sester stěžuje, že nemůže otevřeně hovořit se svým nadřízeným o vysoké

pracovní zátěži a jejích důsledcích. Část respondentů (14 procent) pak označila komunikaci s nadřízenými za problém, 8 procent hovořilo o špatné týmové práci a necelých 7 procent dokonce o mobbingu a bossigu. (Pelikánová, 2013).

K podobnému závěru došla i autorka této práce, když v rámci empirické části identifikovala sociální oporu ze strany kolegů a nadřízených jako jednoznačně nejméně významné poskytovatele sociální opory. Zdravotní sestry uvádějí kolegy až za rodinnými příslušníky, přáteli a významnými druhými. Tento výsledek tedy sice není ve světě ničím výjimečný, nicméně to ho nečiní o nic méně alarmujícím.

Zde se tak intuitivně nabízí implikace teoretických poznatků do ošetrovatelské praxe. Pracovní kolektivy zdravotních sester totiž zřejmě nefungují ideálně a jednotlivé sestry v sobě nemají dostatečnou důvěru a oporu, která by jim přitom mohla výrazně usnadnit zvládání pracovní zátěže a stresu. Možným řešením by mohly být třeba intenzivnější týmové supervize nebo psychoterapeutická sezení.

Studie Li a Lamberta (2008) se zabývala sociální oporou a její souvislostí s věkem. Starší a zkušenější sestry podle nich vykazovaly lepší vztahy se spolupracovníky, což je jeden ze základních předpokladů pro vznik sociální opory. Předpokládali pak, že jsou tyto sestry již zkušenější při řešení konfliktů a celkovém vycházení mezi sebou, takže si mohou v rámci citové recipacity poskytovat lepší vzájemnou oporu. Vztah mezi věkem a vztahy s kolegy charakterizoval v tomto výzkumu korelační koeficient $r=0,202$. Na japonském vzorku už ale naopak Lambertová, Lambert a Ito (2004) zaznamenali mezi věkem a mírou sociální opory vztah negativní. Vliv věku jako proměnné tak může záležet na výzkumných podmínkách a pravděpodobně i kulturních odlišnostech. Autorka této práce nicméně došla k v rámci výzkumu k závěrům, že pocíťovaná míra sociální opory na výzkumném vzorku závislá na věku nebyla ($r=-0,103$, $\text{sig}=0,051 > 0,05$).

Sociální opora může ovlivňovat i zdravotní stav osob, nebo alespoň jejich přístup ke svému tělu a zdravotní stav subjektivně pocíťovaný. Řada studií například nasvědčuje tomu, že lidé, kteří mají okolo sebe množství přátel a rodinných příslušníků, kteří jim poskytují materiální a hlavně psychickou podporu, jsou v lepším zdravotním stavu než ti s chudší sociální oporou (Cohen & Wills, 1985). To se prokázalo částečně i v rámci této diplomové práce. Skupiny, rozdělené podle pocíťovaného zdravotního stavu se tak sice lišily v průměrných hodnotách výsledků v PSSS dotazníků, nikoliv však na signifikantní hladině ($\text{sig}=0,174 > 0,05$). Trend o vztahu mezi sociální oporou a zdravím se tak částečně potvrdil, nicméně jeho statisticky korektní ověření by vyžadovalo pravděpodobně větší vzorek respondentů.

Probandi našeho výzkumu svůj zdravotní stav na pětibodové škále nejčastěji označují hodnotou 2, sice jako dobrý (v 54,5 procentech případů), dále hodnotou 3 jako uspokojivý (26,4 procenta) a 13,2 procenta z nich o něm hovoří jako o výborném (známka 1). Jako

neuspokojivý (známka 4) ho cítí 6 procent z nich a nikdo z probandů nehodnotil zdravotní stav jako vyloženě špatný. Zjistili jsme také, že za poslední rok bylo v pracovní neschopnosti pouhých 9 procent sester. To možná vysvětluje skutečnost, že celých 93 procent sester uvádí, že chodí do práce, i když se cítí nemocné. Tak jako bychom intuitivně mohli tušit, starší sestry mají větší zdravotní potíže než sestry mladší. Korelaci mezi věkem a negativním hodnocením zdravotního stavu vystihuje Pearsonův korelační koeficient $r=0,185$ ($\text{sig}=0,042 < 0,05$).

Jako hlavní zdravotní komplikace sestry uvádí – únavu (60 procent), bolesti zad (53 procent) a otoky nohou (36 procent). Z psychosomatických symptomů si sestry nejvíce stěžují na poruchy spánku (30 procent) časté bolesti hlavy (29 procent) a úzkosti (14 procent). Jedná se o poměrně vysoké hodnoty, nicméně Komačková (2009) zjistila ve své studii ještě výrazně větší výskyty podobných problémů. Podle ní trpí častými bolestmi páteře 96 procent sester a 73 procent z nich trpí pravidelnými otoky a bolestmi nohou.

Nabízí se samozřejmě možnost problematiku prozkoumat specifičtěji a identifikovat zdravotní komplikace sofistikovaněji. Například Vybíhalová (2013) v jejím šetření zjistila, že 13 procent zdravotních sester má v důsledku pracovního stresu problémy s usínáním, 22 procent se během noci častěji probouzí, 50 procent sester cítí po každé službě těžkou fyzickou únavu a 21 procent z nich by dokonce kvůli fyzické námaze zvažovalo změnu práce.

V průzkumu jsme rovněž zjistili, že sestry zaujímají ke svému zdraví různá stanoviska. 50 procent z nich přiznalo, že nějaké zdravotní komplikace má, ale považuje je za přirozenou součást života a celých 18 procent dokonce cítí, že jejich potíže výrazně ovlivňují jejich život.

To, jak se zdravotní sestry cítí v pracovním kolektivu, zda se jim dostává pochopení a podpory a jak se jim daří vypořádat s pracovním stresem, zákonitě ovlivňuje jejich pracovní spokojenost. Například Tyson a Pongruengphant (2004) hledali i další faktory, které spokojenost mohou ovlivnit a zjistili, že je pozitivně spojena s věkem (s věkem se spokojenost zvyšuje), výzkum této práce nicméně podobný vztah neobjevil ($r=0,059$, $\text{sig}=0,520$). Například Adams a Bond (2000) tvrdí, že pracovní spokojenost vůbec neovlivňují individuální charakteristiky sester. Jsou to podle nich hlavně charakteristiky pracovní náplně. Jak pozitivní, tak negativní vliv na spokojenost sester v zaměstnání se podle nich prokázal u pocitu autonomie (Moyle, Skinner, Rowe & Gork, 2003), objemu práce (Khojawa, Merchant & Hirani, 2005), pracovních nároků (Moyle et al., 2003), ale i platu (Seo, Ko & Price, 2004) nebo podílu na rozhodování (Cambell, Fowles & Weber, 2004).

Dunn (2005) pak zdůrazňoval význam komunikace s kolegy, stejně jako Seo et al. (2004), který přidal ještě podporu od nadřízených. Právě Seo et al. (2004) zjistil, že podpora

nadřazených může mít významný vliv na pracovní spokojenost. Mimo to podle něj vztahy mezi vedením a sestrami podporují dobré pracovní výkony.

V našem výzkumném vzorku uvádí 30,4 procent sester nízkou pracovní spokojenost a po 34,7 procentech pak mírnou a vysokou pracovní spokojenost. Výzkum této diplomové práce pak potvrdil i vztah pracovní spokojenosti a míry sociální opory, když ukázal korelaci mezi výsledky v PSSS škále a pracovní spokojeností s korelačním koeficientem $r=0,249$ ($\text{sig}=0,006 < 0,01$).

Mezi další faktory, které negativně ovlivňují to, jak jsou zdravotní sestry na intenzivní péči celkově spokojené se svou prací, patří míra depersonalizace. Ta je charakteristická pocity odcizení, odosobněním a vzdálenými až cynickými vztahům k pacientům (Dušek & Večeřová-Procházková, 2005).

Z našeho průzkumu vyplývá, že čím větší míru depersonalizace sestry cítí, tím jsou v práci méně spokojené (korelace se Spearmanovým koeficientem $\rho=-0,208$ a $\text{sig}=0,028 < 0,05$).

Co se depersonalizace týče, pouhých 51 procent ze sester se svým výsledkem v testu zařadilo do kategorie nízké úrovně depersonalizace. U dalších 26 procent už můžeme hovořit o mírné a u 23 procent dokonce o vysoké míře depersonalizace. Zjistili jsme, že věk ani počet let praxe nemá na tyto prožitky vliv. Co je nicméně zajímavé, je možnost sledování depersonalizace v závislosti na rodinném stavu sester. Největší míru depersonalizace jsme totiž zaznamenali u svobodných zdravotních sester ($m=9,08$), překvapivě vysokého čísla s průměrem 8,88 ($m=8,88$) dosáhly zadané a svobodné sestry, rozvedené sestry vykázaly průměrnou hodnotu 7,11 ($m=7,11$) a nejnižší míru depersonalizace můžeme sledovat u sester vdaných ($m=6,94$). Vysvětlení tohoto rozložení by možná stálo za detailnější zkoumáním. Jedno z možných vysvětlení bychom ale možná mohli najít v dalším poznatku této práce, sice sousvislosti depersonalizace a sociální opory. Čím vyšší sociální oporu sestry cítí, tím je totiž míra depersonalizace nižší (Spearmanovo $\rho=-0,2$). Je možné, že řada nezadaných sester může být jaksi sociálně vykořeněných. Mohou být v oboru ošetrovatelství krátce, žijí novém městě, bez přátel a režim střídavých směn v práci jim neumožňuje navázání ideálních přátelských vztahů ani tam. To vše se může podepsat na jejich psychice, spokojenosti, ale třeba i rozvoji depersonalizace, která je navíc jedním z hlavních projevů syndromu vyhoření. Plnohodnotné vysvětlení této skutečnosti by nicméně mohlo být předmětem samostatného výzkumu.

Práce ve zdravotnictví se pravděpodobně bez pracovního stresu nikdy neobejde a nároky na nasazení pracovních sester se pravděpodobně snižovat nebudou. Výsledky studií každopádně napovídají, že zdravotnická zařízení by měla hledat způsob, jak zdravotním sestram zprostředkovat cestu ke zdravému zvládnutí stresu a zachování jejich mentální i fyzického zdraví.

Budování sítě sociální opory v institucích může tuto situaci výrazně zlepšit. Týmové supervize, společné aktivity nebo zacvičení vedoucích pracovníků týmu pak mohou jednoduše redukovat stres, ale i posilovat sociální vazby napříč jednotkami intenzivní péče. Tým zdravotních sester, který poskytuje jak emocionální, tak praktickou pracovní podporu svým členům tak může sestry chránit od stresu, depresí, vyhoření a zvyšovat jejich pracovní spokojenost, což se vždy pozitivně promítá i do kvality poskytované péče.

10 Seznam použité literatury

1. AbuAlRub, R. F. (2004). Job Stress, Job Performance, and Social Support Among Hospital Nurses. *Journal Of Nursing Scholarship*, 36(1), 73-78. doi:10.1111/j.1547-5069.2004.04016.x
2. Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 536-543. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01513.x
3. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., & ... Shamian, J. (2001). Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53. doi: 10.1377/hlthaff.20.3.43
4. Andrasik, F., Goodie, J. L., & Peterson, A. L. (2015). *Biopsychosocial assessment in clinical health psychology*. New York, NY, US: Guilford Press.
5. Andršová, A. (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada.
6. Argyle, M. (1992). Benefits produced by supportive social relationships. In H. F. Veiel, U. Baumann, H. F. Veiel, & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 13-32). Washington, DC, US: Hemisphere Publishing Corp.
7. Bakal, D. A. (1992). *Psychology and health* (2nd ed.). New York, NY, US: Springer Publishing Co.
8. Balková, H., & Zibrinová, M. (2012). Motivace sester na pracovišti. *Sestra*, 22(6), 29.
9. Balková, H., & Fürstová, L. (2012). Vyhoření perioperačních sester. *Sestra*, 22(7-8), 41.
10. Barefoot, J., Burg, M., Carney, R., Cornell, C., Czajkowski, S., Freedland, & ... Sheps, D. (2003). Aspects of Social Support Associated With Depression at Hospitalization and Follow-up Assessment Among Cardiac Patients. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23(6), 404-412.
11. Barnes, J. A. (1954). Class and committees in a Norwegian Island parish. *Human Relations*, 739-58. doi:10.1177/001872675400700102
12. Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. (6. vyd.). Praha: Grada.

13. Bartone, P. T., Ursano, R. J., Wright, K. M., & Ingraham, L. H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: A prospective study. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 177(6), 317-328. doi:10.1097/00005053-198906000-00001
14. Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
15. Baštecká, B., Hlaváčková, D., Kavan, Š., Mika, O., Sotolářová, M. & Vymětal, Š. (2005). *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy* (3. vyd.). Praha: Grada.
16. Berkman, L. F. & Breslow, L. (1983). *Health and ways of living: The Alameda county study*. New York: Oxford University Press.
17. Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
18. Breslau, N., Lipton, R. B., Stewart, W. F., Schultz, L. R., & Welch, K. A. (2003). Comorbidity of migraine and depression: Investigating potential etiology and prognosis. *Neurology*, 60(8), 1308-1312.
19. Bühler, K. E., & Land, T. (2003). Burnout and personality in intensive care: an empirical study. *Hospital Topics*, 81(4), 5-12.
20. Campbell, S. L., Fowles, E. R., & Weber, B. J. (2004). Organizational Structure and Job Satisfaction in Public Health Nursing. *Public Health Nursing*, 21(6), 564-571. doi:10.1111/j.0737-1209.2004.21609.x
21. Cañadas-De la Fuente, G., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G., & De la Fuente, E. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249.
22. Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Pasadena, CA, US: Behavioral Publications.
23. Cassel, J. (1976). The contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
24. Cobb S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
25. Cockey, C. D. (2005). Nurses Survey Probes Job Satisfaction. *Lifelines*, 9(3), 213.

26. Cohen, S. & McKay, G. (1984). Social Support, Stress and the Buffering Hypothesis: A Theoretical Analysis. In A. Baum, J. E. Singer, & S. E. Taylor (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 4, pp. 253-267). Hillsade, Nj: Erlbaum.
27. Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. San Diego, CA, US: Academic Press.
28. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
29. Constable, J., & Russell, D. (1986). The Effect of Social Support and the Work Environment upon Burnout among Nurses. *Journal of Human Stress*, 12(1). doi: 10.1080/0097840X.1986.9936762.
30. Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *The Academy Of Management Review*, 18(4), 621-656. doi:10.2307/258593
31. Cummins, R. (1989). Locus of control and social support: Clarifiers of the relationship between job stress and job satisfaction. *Journal Of Applied Social Psychology*, 19(9, Pt 2), 772-788. doi:10.1111/j.1559-1816.1989.tb01258.x
32. DeVito, J. A. (2008) *Základy mezilidské komunikace*. (6. vyd.). Praha: Grada.
33. Dučaiová, J., & Litvinová, B. (2013). Fenomén pracovního stresu a možnosti jeho prevence. *Sestra*, 23(4), 21-22.
34. Dunn, S., Wilson, B., & Esterman, A. (2005). Perceptions of working as a nurse in an acute care setting. *Journal of Nursing Management*, 13(1), 22-31. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00452.x.
35. Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2005). *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada.
36. Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
37. Faleide, A. O., Lian, L. B., & Faleide, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada.
38. Farkašová, D., Koňšová, H., Kubicová, L., Musilová, M., & Závodná, V. (2006). *Ošetřovatelství – teorie*. Martin: Osveta.

39. Fleming, R., Baum, A., Gisriel, M. M., & Gatchel, R. J. (1982). Mediating influences of social support on stress at Three Mile Island. *Journal Of Human Stress*, 8(3), 14-22. doi:10.1080/0097840X.1982.9936110
40. Fong, C. (1992). A model for peak performance. *Nurse Educator*, 17, 15- 18.
41. Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal Of Social Issues*, 30(1), 159-165.
42. Gillernová, I., Kebza, V., & Rymeš, M. (2011). *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada.
43. Goetz, K., Beutel, S., Mueller, G., Trierweiler-Hauke, B., & Mahler, C. (2012). Work related behaviour and experience patterns of nurses. *International Nursing Review*, 59(1), 88-93. doi:10.1111/j.1466-7657.2011.00921.x
44. Grunfeld, E., Whelan, T. J., Zitzelsberger, L., Willan, A. R., Montesanto, B., & Evans, W. K. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*, 163(2), 166-169.
45. Hamaideh, S. H., Mrayyan, M. T., Mudallal, R., Faouri, I. G., & Khasawneh, N. A. (2008). Jordanian nurses' job stressors and social support. *International Nursing Review*, 55(1), 40-47. doi:10.1111/j.1466-7657.2007.00605.x
46. Hansmanová, L. (2003). Zamyšlení nad přínosem psychosomatického přístupu k nemocným. *Lékařské listy*, (42), 26. Retrieved from <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/zamysleni-nad-prinosem-psychosomatickeho-pristupu-k-nemocnym-157234>
47. Happell, B., Martin, T., & Pinikahana, J. (2003). Burnout and job satisfaction: a comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 12(1), 39-47.
48. Hartl, P. & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
49. Hintsanen, M., Kivimäki, M., Elovainio, M., Pulkki-Råback, L., Keskivaara, P., Juonala, M., & ... Keltikangas-Järvinen, L. (2005). Job Strain and Early Atherosclerosis: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Psychosomatic Medicine*, 67(5), 740-747. doi:10.1097/01.psy.0000181271.04169.93
50. Honzák, R. (2010). Co je a co není psychosomatika. *Sestra*, 20(7-8), 30.

51. Honzák, R. (2013). Vstoupí konečně psychosomatika do oficiální medicíny?. *Lékařské listy*, (4), 33. Retrieved from <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/vstoupi-konecne-psychosomatika-do-oficialni-mediciny-469988>
52. Honzák, R. (2014). Proč to psychosomatika (a nejen ona) nebude mít snadné. *Lékařské listy*, (2), 33. Retrieved from <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/proc-to-psychosomatika-a-nejen-ona-nebude-mit-snadne-474355>
53. Honzák, R., Chromý, K., Líbalová, Z., Nouza, M., & Večeřová, A. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada.
54. Ježorská, Š., & Beranová, T. (2012). Vliv migrény na psychiku. *Sestra*, 22(4), 56.
55. Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 29(3), 284-297. doi:10.1037/h0079772
56. Kanste, O., Miettunen, J., & Kyngäs, H. (2006). Factor structure of the Maslach Burnout Inventory among Finnish nursing staff. *Nursing and Health Sciences*, 8(4), 201-207.
57. Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření* (2. vyd.). Praha: Státní zdravotní ústav.
58. Khowaja, K., Merchant, R. J., & Hirani, D. (2005). Registered nurses perception of work satisfaction at a Tertiary Care University Hospital. *Journal Of Nursing Management*, 13(1), 32-39. doi:10.1111/j.1365-2834.2004.00507.x
59. Ko, Y. K. (2011). Group cohesion and social support of the nurses in a special unit and a general unit in Korea. *Journal Of Nursing Management*, 19(5), 601-610. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01186.x
60. Kohn, P. M. (1996). On coping adaptively with daily hassles. In M. Zeidner, N. S. Endler, M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 181-201). Oxford, England: John Wiley & Sons.
61. Komačenkova, D. (2009). Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*, 19(7-8), 26.
62. Korbářová, K. (2012). *Zdravi.E15.cz: Nároky na sestry stále rostou, poslání zůstává*. Retrieved December 4, 2014 from <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/komentare/naroky-na-sestry-stale-rostou-poslani-zustava-467627>
63. Krause, N. (1997). Received support, anticipated support, social class, and mortality. *Research On Aging*, 19(4), 387-422. doi:10.1177/0164027597194001

64. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví* (3. vyd.) Praha: Portál.
65. Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres*. Praha: Grada.
66. Křivohlavý, J., & Pečenková, J. (2004). *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada.
67. Lakanmaa, R., Suominen, T., Perttilä, J., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2014). Basic competence in intensive and critical care nursing: development and psychometric testing of a competence scale. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(5/6), 799-810. doi:10.1111/jocn.12057
68. Lambert, V. A., Lambert, C. E., & Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal Of Nursing Studies*, 41(1), 85-97. doi:10.1016/S0020-7489(03)00080-4
69. Larson, J. S. (1993). The measurement of social well-being. *Social Indicators Research*, 28(3), 285-296. doi:10.1007/BF01079022
70. Li, J., & Lambert, V. A. (2008). Workplace stressors, coping, demographics and job satisfaction in Chinese intensive care nurses. *Nursing In Critical Care*, 13(1), 12-24. doi:10.1111/j.1478-5153.2007.00252.x
71. Lingard, H., & Francis V. (2009). *Managing Work-Life balance in Construction*. New York: Spon Press.
72. Manojlovich, M. (2005). Linking the Practice Environment to Nurses' Job Satisfaction Through Nurse-Physician Communication. *Journal Of Nursing Scholarship*, 37(4), 367-373. doi:10.1111/j.1547-5069.2005.00063.x
73. Mareš, J., Bavorová, J., Hadaš, L., Komárek D., Koukola, B., Králová, J., & ... Zděnková, H. (2001). *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. (2. vyd.). Hradec Králové: Nucleus.
74. Mareš, J., Benešová, J., Dostálek, M., Dvořáčková, A., Ježková, J., Komárek, D., & ... Zděnková, H. (2002). *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nucleus.
75. Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205.

76. Masters, J. C. (2008). *Job Satisfaction, Job Stress, Burnout, and Intent to Leave Among Accelerated and Traditional Baccalaureate in Science in Nursing Graduates* (Doctoral dissertation). Retrieved from: <http://goo.gl/qhjaCW>)
77. Matějka, J. (2014). *Zdravi.e15.cz: Jan Hnízdl: Uzdravený pacient znamená pro zdravotnický byznys ztrátu*. Retrieved January 27, 2015 from <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/jan-hnizdil-uzdraveny-pacient-znamená-pro-zdravotnický-byznys-ztrátu-473764>
78. McNeese-Smith, D. (1999). A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1332-1341. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01018.x.
79. Mirowsky, J. & Ross, C. E. (1989). *Social causes of psychological distress*. Hawthorne, NY, US: Aldine de Gruyter.
80. Mitchell, S. & Black, M. (1999). *Freud a po Freudovi. Dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. Praha: Triton.
81. Mohapl, P. (1998). *Vybrané kapitoly z klinické psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
82. Moorhead, G., & Griffin, R. (1989). *Organizational behavior*. (2nd ed.). Boston: Houghton Mifflin.
83. Morschitzky, H., & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál.
84. Moyle, W., Skinner, J., Rowe, G., & Gork, C. (2003). Views of job satisfaction and dissatisfaction in Australian long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 168-176. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00732.x.
85. O'Connor, M. & Aranda, S. (2005). *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada.
86. Othman, N., & Nasurdin, A. M. (2013). Social support and work engagement: a study of Malaysian nurses. *Journal Of Nursing Management*, 21(8), 1083-1090. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01448.x
87. Oxman, T. E., Berkman, L., Kasl, S., Freeman, D. H., & Barrett, J. (1992). Social Support and Depressive Symptoms in the Elderly. *American Journal of Epidemiology*, 135(4). 356 – 368.
88. Pelikánová, M. (2013). Průzkum: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR. *Sestra*, 23(11), 7.

89. Prieß, M., (2015). *Jak zvládnout syndrom vyhoření: Najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada.
90. Rambur, B., McIntosh, B., Val Palumbo, M., & Reinier, K. (2005). Education as a Determinant of Career Retention and Job Satisfaction Among Registered Nurses. *Journal Of Nursing Scholarship*, 37(2), 185-192. doi:10.1111/j.1547-5069.2005.00031.x
91. Raudenská, J. & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
92. Reindlová, V., & Bogárová, S. (2007). Přetížení zdravotnického pracovníka – ano, nebo ne?. *Sestra*, 17(12), 22-23.
93. Richman, J. M., Rosenfeld, L. B., & Hardy, C. J. (1993). The Social Support Survey: A validation study of a clinical measure of the social support process. *Research On Social Work Practice*, 3(3), 288-311. doi:10.1177/104973159300300304
94. Salyers, M. P., & Bond, G. R. (2001). An exploratory analysis of racial factors in staff burnout among assertive community treatment workers. *Community Mental Health Journal*, 37(5), 393-404. doi:10.1023/A:1017575912288
95. Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 52(4), 813-832. doi:10.1037/0022-3514.52.4.813
96. Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 44(1), 127-139. doi:10.1037/0022-3514.44.1.127
97. Sargent, M. C., Sotile, W., Sotile, M. O., Rubash, H., & Barrack, R. L. (2004). Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty. *The Journal Of Bone And Joint Surgery*. 86(7), 1579-1586.
98. Seo, Y., Ko, J., & Price, J. L. (2004). The determinants of job satisfaction among hospital nurses: A model estimation in Korea. *International Journal Of Nursing Studies*, 41(4), 437-446. doi:10.1016/j.ijnurstu.2003.11.003
99. Shepard, M., & Hodgkinson, P. (1990) The hidden viction of disaster: Helper stress. *Stress medicine* 6, 29- 35.
100. Shirey, M. R. (2004). Social Support in the Workplace: Nurse Leader Implications. *Nursing Economic\$,* 22(6), 313-319.

101. Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal Of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406. doi:10.1007/BF00846149
102. Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal Of Social And Personal Relationships*, 8(1), 99-127. doi:10.1177/0265407591081005
103. Simonová, H. (2014). Adaptační proces na jednotce intenzivní péče. *Zdravotnictví a medicína*, (18), 30.
104. Staňková, M. (2002). *České ošetrovatelství 11: sestra - reprezentant profese*. Brno: IDVPZ.
105. Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
106. Swickert, R. J., Hittner, J. B., & Foster, A. (2010). Big five traits interact to predict perceived social support. *Personality And Individual Differences*, 48(6), 736-741. doi:10.1016/j.paid.2010.01.018
107. Šafránek, L. (2011). *Celostnimedicina.cz: Psychosomatické poruchy zdraví*. Retrieved February 23, 2015 from <http://www.celostnimedicina.cz/psychosomaticke-poruchy-zdravi.htm>
108. Šanderová, J. (2005). *Zdravi.e15.cz: Životospráva sester na operačních sálech*. Retrieved January 17, 2015 from <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/zivotosprava-sester-na-operacnich-salech-298084>
109. Ševčík, P., Černý, V., & Vítovec, J. (2000). *Intenzivní medicína*. Praha: Galén.
110. Šolcová, I., & Kebza, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá Psychologie*, 43(1), 19-38.
111. Štikař, J., Rymeš, M., Riegel, K., & Hoskovec, J. (2003). *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum.
112. Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal Of Community Psychology*, 13(2), 187-202. doi:10.1007/BF00905728
113. Thoits, P. A. (1992). Identity structures and psychological well-being: Gender and marital status comparisons. *Social Psychology Quarterly*, 55(3), 236-256. doi:10.2307/2786794
114. Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.

115. Tuček, M. (2013). *cvvm.soc.cas.cz: Prestiž povolání – červen 2013*. Retrieved March 2, 2015 from <http://cvvm.soc.cas.cz/prace-prijmy-zivotni-uroven/prestiz-povolani-cerven-2013>
116. Tyson, P. D., & Pongruengphant, R. (1996). Avoidance as a coping strategy for nurses in Thailand. *Psychological Reports*, 79(2), 592-594. doi:10.2466/pr0.1996.79.2.592
117. Valášková, D. (2008). Sestra stráví denně v předklonu 96 minut. *Sestra*, 18(12), 22.
118. Vanheule, S., Lievrouw, A., & Verhaeghe, P. (2003). Burnout and intersubjectivity: A psychoanalytical study from a Lacanian perspective. *Human Relations*, 56(3), 321-338. doi:10.1177/0018726703056003614
119. Vavřda, V. (2005). *Otázky soudobé psychoanalýzy: tradice a současnost*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
120. Venglářová, M., Myšáková, L., Mahrová, G. & Laštovica, M. (2011). *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada.
121. Vévoda, J., Bártlová, S., Ivanová, K., Nakládalová, M., Prošková, E., & Špatenková, N. (2013). *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
122. Vybíhalová, L. (2013). Vliv povolání sestry na životní styl. *Sestra*, 23(2), 20.
123. Vyoralová, S. (2014). Psychologické aspekty intenzivní péče. *Zdravotnictví a medicína*, (19), 2.
124. Yuen, M., Lau, P. Y., Shek, D. L., & Lam, M. (2002). Confirmatory factor analysis and reliability of the Chinese version of the Maslach Burnout Inventory among guidance teachers in Hong Kong. *Psychological Reports*, 91(3,Pt2), 1081-1086. doi:10.2466/PR0.91.8.1081-1086
125. Zadák, Z., Havel, E., & Vítovec, J. (2007). *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada.
126. Zacharová, E., & Šimíčková-Čížková, J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada.
127. Zakopčanová, M., & Gerlichová, K. (2014). Význam komunikace mezi sestrami a studenty. *Sestra* 24(6), 20.

Seznam zkratek a symbolů

% – procento

ANOVA – Analýza rozptylu průměru

ČAS – Česká asociace sester

DE – Depersonalizace

JIP – Jednotka intenzivní péče

Max. – Maximální, maximálně, maximum

MBI – Maslach Burnout Inventory

MBI-HSS – Maslach Burnout Inventory Human Services Survey

Min. – Minimální, minimálně, minimum

PA – Personal Accomplishment (Pracovní spokojenost)

PIM – Pracoviště intenzivní medicíny

PSSS – Škála sociální opory

r – Pearsonův korelační koeficient

rho – Spearmanův korelační koeficient

Sig. – Signifikance

SO – Sociální opora

SSQ – Social Support Questionnaire

VOŠ – Vyšší odborná škola

VŠ – Vysoká škola

Seznam příloh

Příloha 1: Seznam tabulek a grafů	80
Příloha 2: Dotazník	81
Příloha 3: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací - Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.....	84
Příloha 4: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací – Fakultní nemocnice v Motole.....	85
Příloha 5: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací – Institut klinické a experimentální medicíny	86
Příloha 6: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací - Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.....	87
Příloha 7: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací - Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.....	89
Příloha 8: Prohlášení zájemce o nahlédnutí	91

Příloha 1: Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

Tabulka 1 VĚK – POPISNÉ STATISTIKY	36
Tabulka 2 VĚK – POPISNÉ STATISTIKY 2	36
Tabulka 3: POČET LET PRAXE	37
Tabulka 4: SOCIÁLNÍ OPORA – POPISNÉ STATISTIKY	43
Tabulka 5: PSSS ANOVA pro srovnání průměrů dle rodinného stavu	44
Tabulka 6: PSSS ANOVA - statistiky	45
Tabulka 7: KORELACE MEZI PSSS A VĚKEM	45
Tabulka 8: POCÍŤOVANÁ SOCIÁLNÍ OPORA DLE ZDROJŮ	46
Tabulka 9: ZDROJE SOCIÁLNÍ OPORY – ANOVA STATISTIKY	46
Tabulka 10: ZDROJE SOCIÁLNÍ OPORY DLE PRŮMĚRŮ	46
Tabulka 11: ZDROJE SO DLE PRŮMĚRŮ – ANOVA STATISTIKY	47
Tabulka 12: ZDRAVOTNÍ STAV – POPISNÉ STATISTIKY	48
Tabulka 13: HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU DLE ČETNOSTI	48
Tabulka 14: POČET DNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI	48
Tabulka 15: CHODÍTE DO PRÁCE NEMOCNÉ?	50
Tabulka 16: KORELACE VĚK x ZDRAVOTNÍ STAV	50
Tabulka 17: PRACOVNÍ SPOKOJENOST- POPISNÉ STATISTIKY	51
Tabulka 18: DEPERSONALIZACE – POPISNÉ STATISTIKY	52
Tabulka 19: DEPERSONALIZACE A RODINNÝ STAV - ANOVA	53
Tabulka 20: KORELACE MEZI PSSS A PRACOVNÍ SPOKOJENOSTÍ	54
Tabulka 21: KORELACE MEZI PSSS A PRACOVNÍ SPOKOJENOSTÍ – SPEARMANOVO RHO	54
Tabulka 22: KORELACE MEZI PSSS A DEPERSONALIZACÍ	55
Tabulka 23: KORELACE MEZI PSSS A DEPERSONALIZACÍ – SPEARMANOVO RHO	55
Tabulka 24: ZDRAVOTNÍ STAV – TEST NORMALITY	56
Tabulka 25: ZDRAVOTNÍ STAV A PSSS - ANOVA	56
Tabulka 26: ZDRAVOTNÍ STAV A PSSS – ANOVA STATISTIKY	56
Tabulka 27: ZDROJE SOCIÁLNÍ OPORY - ANOVA	57
Tabulka 28: ZDROJE SOCIÁLNÍ OPORY – ANOVA STATISTIKY	57
Tabulka 29: KORELACE MEZI PRACOVNÍ SPOKOJENOSTÍ A DEPERSONALIZACÍ	58
Tabulka 30: KORELACE MEZI PRACOVNÍ SPOKOJENOSTÍ A DEPERSONALIZACÍ – SPEARMANOVO RHO	58

Seznam grafů

Graf 1: ROZDĚLENÍ VZORKU DLE RODINNÉHO STAVU	37
Graf 2: BODOVÉ VÝSLEDKY DLE ČETNOSTI V HISTOGRAMU	44
Graf 3: VÝSKYT ZDRAVOTNÍCH KOMPLIKACÍ V PROCENTECH	49
Graf 4: VÝSKYT ZDRAVOTNÍCH KOMPLIKACÍ V PROCENTECH	49
Graf 5: ROZLOŽENÍ ÚROVNĚ PRACOVNÍ SPOKOJENOSTI	51
Graf 6: ROZLOŽENÍ DLE STUPŇŮ MÍRY DEPERSONALIZACE	52

Příloha 2: Dotazník

Milé kolegyně a milí kolegové,

moc Vás prosím o vyplnění následujícího dotazníku. Všechny vyplněné údaje jsou samozřejmě zcela důvěrné a poslouží pouze ke zpracování mé diplomové práce. Velmi Vám děkuji za ochotu, poskytnuté údaje, zkušenosti a Váš čas. Po vyplnění dotazník prosím vložte do připravené obálky a zalepte.

1. Věk:let
2. pohlaví: žena / muž
3. rodinný stav:
 - svobodná/ý
 - zadaná/ý
 - vdaná / ženatý
 - rozvedená / rozvedený
 - vdova / vdovec
4. Jak dlouho pracujete na oddělení intenzivní péče?let
5. V posledních době mě trápí tyto obtíže:
 - a) bolesti zad
 - b) otoky dolních končetin
 - c) bolesti hlavy / migrény
 - d) únava
 - e) potíže se spánkem
 - f) úzkosti
 - g) virová onemocnění / chřipky /angíny
 - h) žádné
 - i) jiné.....
6. Za poslední půlrok jsem byl/a v pracovní neschopnosti cca:dní
7. Do práce chodím, i když se cítím nemocná: Ano - Ne
8. Zaškrtněte tvrzení, které nejlépe vystihuje vaši situaci za poslední půlrok:
 - a) Zdravotní problémy nemám a cítím se velmi dobře.
 - b) Zdravotní problémy беру jako součást života a nedělají mi starosti.
 - c) Zdravotní problémy mám, trápí mě a negativně ovlivňují můj každodenní život.
 - d) Cítím se velmi špatně a to mi bere radost ze života.
 - e) Dělán si starosti o své zdraví a s obavami hledím do budoucnosti.
9. Svůj aktuální celkový zdravotní stav hodnotím:
 - 1 – výborný
 - 2 - dobrý
 - 3 – celkem uspokojivý
 - 4 - neuspokojivý
 - 5 – špatný

10. Přečtěte si, prosím, každou otázku a podle svého vlastního názoru napište do políčka číslo, které vyjadřuje úroveň Vašeho souhlasu či nesouhlasu:

čísla znamenají: 1- rozhodně nesouhlasím
 2 – nesouhlasím
 3 – spíše nesouhlasím
 4 – nevím
 5 – spíše souhlasím
 6 – souhlasím
 7 – rozhodně souhlasím

1	Když jsem v nouzi, existuje člověk, který je mi nablízku.	
2	Existuje člověk, se kterým se mohu podělit o své starosti i radosti.	
3	Má rodina se mi skutečně snaží pomáhat.	
4	Mám od své rodiny citovou podporu a pomoc jakou potřebuji.	
5	Existuje člověk, který je pro mě zdrojem radosti a spokojenosti.	
6	Moji přátelé se mi skutečně snaží pomáhat.	
7	Když se mi něco nedaří, mohu se o své přátele opřít a spolehnout se na ně.	
8	Se svojí rodinou mohu hovořit o svých problémech.	
9	Mám přátele, se kterými se mohu podělit o své starosti a radosti.	
10	Existuje člověk, kterému není jedno, co cítím a jak na tom jsem.	
11	Moje rodina mi při rozhodování pomáhá.	
12	O svých problémech si mohu se svými přáteli pohovořit.	
13	Lidé, kteří jsou mi ochotni pomoci a podepřít mě, když jsem v nesnázích, jsou:	
	- členové mé rodiny	
	- moji přátelé	
	- moji spolupracovníci (kolegové)	
	- moji nadřízení	


1	Mám kolegy, se kterými si mohu o svých problémech promluvit.	
2	Od svých kolegů mám citovou podporu a mohu se s nimi dělit o své radosti i starosti.	
3	Moji kolegové se mi skutečně snaží pomáhat.	
4	Když se mi něco nedaří, mohu se poradit se svými kolegy a spolehnout se na ně.	



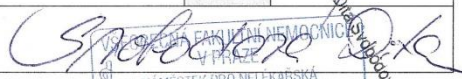
11. V tomto dotazníku, prosím, doplňte u každé otázky číslici, která nejvíce odpovídá pocitům, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů: vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 velmi silně

1	Mám pocit, že někdy s pacienty jednám jako s neosobními věcmi.	
2	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem.	
3	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.	
4	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými pacienty.	
5	Cítím, že pacienti mi přiřítají některé své problémy.	
6	Velmi dobře rozumím pocitům svých pacientů.	
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých pacientů.	
8	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji.	
9	Mám stále hodně energie.	
10	Dovedu u svých pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	
11	Cítím se svěží s povzbuzený, když pracuji se svými pacienty.	
12	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal hodně dobrého.	
13	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	

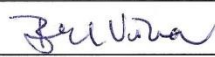
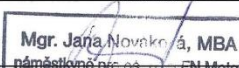
Příloha 3: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací - Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Blahnicková Věra		
Kontaktní adresa	Na Hvězdárně 452/36 Velká Chuchle Praha 5 159 00		
Telefon	734 457 480	e-mailová adresa	vera.blahnickova@gmail.com
Škola / fakulta	1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovi v Praze		
Obor studia	Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči		
Téma závěrečné práce	Sociální opora a její vliv na depersonalizaci, pracovní spokojenost a pociťovaný zdravotní stav u sester na intenzivní péči		
Termín sběru dat	Březen 2015		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	1. chirurgická klinika		
Zjišťované informace	Míra sociální opory u sester ze strany rodiny a kolegů na intenzivní péči		
Forma prezentace dat:	Písemné anonymní dotazníky		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	5. 3. 2015	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	5. 3. 2015	Podpis	 Mgr. Petra Čamprlová Vrchtní sestra 1. chirurgická klinika
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka	
Datum	11. 3. 2015	Podpis	 Mgr. Petr Čamprlová Náměstek pro lékařskou zdravotnická povolání a kvalitu 128 08 PRAHA 2, U NEMOCNICE 2

Příloha 4: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací – Fakultní nemocnice v Motole

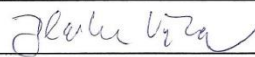

Fakultní nemocnice v Motole V Úvalu 84, Praha 5 – Motol, 150 06 Žádost o dotazníkovou akci		Strana 1 z 1
--	--	--------------

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Blahníková Věra		
Kontaktní adresa	Na Hvězdárně 452/36, Velká Chuchle, Praha 5, 159 00		
Telefon	734 457 480	e-mailová adresa	vera.blahnikova@gmail.com
Škola / fakulta	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze		
Obor studia	Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči		
Téma závěrečné práce	Sociální opora a její vliv na depersonalizaci, pracovní spokojenost a pociťovaný zdravotní stav u sester na intenzivní péči		
Termín sběru dat	březen 2015		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat			
Zjišťované informace			
Míra sociální opory u sester ze strany rodiny a kolegů na intenzivní péči			
Forma prezentace dat:			
písemné anonymní dotazníky			
Poučení žadatele:			
1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.			
Datum:	23.3.2015	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta		<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Datum		Podpis	
Vyjádření vedení Fakultní nemocnice v Motole			
Odpovědný náměstek / ředitel			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Bude za šetření vyžadována úhrada		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Částka	
Datum	24.3.2015	Podpis	 Mgr. Jana Nováková, MBA náměstkyně pro oš. péči VFN Motol

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
 150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
 náměstkyně pro oš. péči
 IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203


Příloha 5: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací – Institut klinické a experimentální medicíny


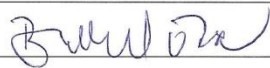
	Institut klinické a experimentální medicíny Vídeňská 1958/9, Praha 4 – Krč, 140 21 Žádost o dotazníkovou akci	Strana 1 z 1
--	---	--------------


Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele		Blahníková Věra	
Kontaktní adresa		Na Hvězdárně 452/36, Velká Chuchle, Praha 5, 159 00	
Telefon	734 457 480	e-mailová adresa	vera.blahnikova@gmail.com
Škola / fakulta	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze		
Obor studia	Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči		
Téma závěrečné práce	Sociální opora a její vliv na depersonalizaci, pracovní spokojenost a pociťovaný zdravotní stav u sester na intenzivní péči		
Termín sběru dat	březen 2015		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat			
Zjišťované informace			
Míra sociální opory u sester ze strany rodiny a kolegů na intenzivní péči			
Forma prezentace dat:			
písemné anonymní dotazníky			
Poučení žadatele:			
1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.			
Datum:	2.3.2015	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení nemocnice IKEM			
Odpovědný náměstek / ředitel		PhDr. Martina Šochmanová, MBA	
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele		<input checked="" type="radio"/> Souhlasím <input type="radio"/> Nesouhlasím	
Bude za šetření vyžadována úhrada		Ano <input type="radio"/> Ne <input checked="" type="radio"/> Částka <input type="text"/>	
Datum	2.3.2015	Podpis	

INSTITUT
 KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY
 Úsek ošetrovatelské péče a kvality
 náměstkyně ředitele – hlavní sestra
 140 21 Praha 4-Krč, Vídeňská 1958/9

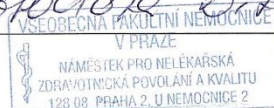
Příloha 6: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací - Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	F-VFN-075
	U nemocnice 2, 128 00 Praha 2	Strana 1 z 2
	Žádost o dotazníkovou akci	Verze číslo: 2


Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele		Blahnicková Věra	
Kontaktní adresa		Na Hvězdárně 452/36 Velká Chuchle Praha 5 159 00	
Telefon	734 457 480	e-mailová adresa	vera.blahnickova@gmail.com
Škola / fakulta	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze		
Obor studia	Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči		
Téma závěrečné práce			
Sociální opora a její vliv na depersonalizaci, pracovní spokojenost a pocíťovaný zdravotní stav u sester na intenzivní péči			
Termín sběru dat	březen 2015		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat			
Zjišťované informace			
Míra sociální opory u sester ze strany rodiny a kolegů na intenzivní péči			
Forma prezentace dat:			
písemné anonymní dotazníky			
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN. 		
Datum:	10. 3. 2015	Podpis žadatele	


	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 2 z 2 Verze číslo: 2
---	---	--


Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Datum	10. 2. 15	Podpis	Olga KRPAŤOVÁ vrchní sestra 
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Bude za šetření vyžadována úhrada		<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka
Datum	11. 3. 2015	Podpis	Prof. Dr. D. D. D. 



Příloha 7: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací - Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	F-VFN-075
	U nemocnice 2, 128 00 Praha 2	Strana 1 z 2
	Žádost o dotazníkovou akci	Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele		Blahnicková Věra	
Kontaktní adresa		Na Hvězdárně 452/36 Velká Chuchle Praha 5 159 00	
Telefon	734 457 480	e-mailová adresa	vera.blahnickova@gmail.com
Škola / fakulta	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze		
Obor studia	Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči		
Téma závěrečné práce	Sociální opora a její vliv na depersonalizaci, pracovní spokojenost a pocíťovaný zdravotní stav u sester na intenzivní péči		
Termín sběru dat	březen 2015		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	PSYCHIATRICKÁ KLINIKA VFN		
Zjišťované informace	Míra sociální opory u sester ze strany rodiny a kolegů na intenzivní péči		
Forma prezentace dat:	písemné anonymní dotazníky		
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN. 		
Datum:	5. 3. 2015	Podpis žadatele	

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 2 z 2 Verze číslo: 2
---	---	--

Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Datum	1.3.2015	Podpis	 
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Bude za šetření vyžadována úhrada		<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka
Datum	11.3.2015	Podpis	 

Příloha 8: Prohlášení zájemce o nahlédnutí

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]